

Abschiebung trotz Krankheit: Perspektiven aus der Praxis und menschenrechtliche Verpflichtungen

Suerhoff, Anna; Engelmann, Claudia

Veröffentlichungsversion / Published Version
Forschungsbericht / research report

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
Deutsches Institut für Menschenrechte

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Suerhoff, A., & Engelmann, C. (2021). *Abschiebung trotz Krankheit: Perspektiven aus der Praxis und menschenrechtliche Verpflichtungen*. (Analyse / Deutsches Institut für Menschenrechte). Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-73599-1>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>



Deutsches Institut
für Menschenrechte

Analyse

Abschiebung trotz Krankheit

Perspektiven aus der Praxis und menschenrechtliche
Verpflichtungen

Anna Suerhoff | Claudia Engelmann



Das Institut

Das **Deutsche Institut für Menschenrechte** ist die unabhängige Nationale Menschenrechtsinstitution Deutschlands. Es ist gemäß den Pariser Prinzipien der Vereinten Nationen akkreditiert (A-Status). Zu den Aufgaben des Instituts gehören Politikberatung, Menschenrechtsbildung, Information und Dokumentation, anwendungsorientierte Forschung zu menschenrechtlichen Themen sowie die Zusammenarbeit mit internationalen Organisationen. Es wird vom Deutschen Bundestag finanziert. Das Institut ist zudem mit dem Monitoring der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und der UN-Kinderrechtskonvention betraut worden und hat hierfür entsprechende Monitoring-Stellen eingerichtet.

Diese Analyse ist eine aktualisierte Fassung von Kapitel drei des Berichts an den Deutschen Bundestag über die Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland (Zeitraum Juli 2019-Juni 2020).

Die Autorinnen

Anna Suerhoff ist seit 2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Menschenrechte und arbeitet zu Themen im Bereich Asyl und Migration. Sie hat Rechtswissenschaften in Hamburg und Aix-en-Provence studiert.

Dr. Claudia Engelmann ist seit 2016 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für Menschenrechte. Sie arbeitet unter anderem zu den Themen Wohnungslosigkeit und Flucht/Asyl. Sie koordiniert außerdem die Erstellung des jährlichen Menschenrechtsberichts an den Bundestag. Claudia Engelmann studierte Rechtswissenschaften, Politikwissenschaften und Germanistik an den Universitäten Oxford, Stockholm und Konstanz.



Deutsches Institut
für Menschenrechte

Analyse

Abschiebung trotz Krankheit

Perspektiven aus der Praxis und menschenrechtliche
Verpflichtungen

Anna Suerhoff | Claudia Engelmann

Vorwort

Kranke Menschen dürfen nicht abgeschoben werden, wenn absehbar ist, dass sich ihr Gesundheitszustand durch die Abschiebung gravierend verschlechtern wird oder gar ihr Leben gefährdet ist. Dies gebieten die Grund- und Menschenrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit sowie das völkerrechtliche Refoulement-Verbot (Verbot der Zurückweisung).

Diesen Schutzpflichten steht das Recht des Staates gegenüber, Menschen abzuschieben, die nicht schutzbedürftig sind. Der Bundestag hat 2016 und 2019 die Regelungen zum Abschiebungsschutz für erkrankte Menschen verschärft. Dies geschah im Kontext politischer Debatten zur Erhöhung der Abschiebungszahlen.

Wir greifen das Thema in der vorliegenden Analyse auf, weil es aus der Praxis Hinweise auf schwerwiegende Schutzlücken und bislang wenig Öffentlichkeit für diese menschenrechtliche Problematik gab. Wir haben daher aus rechtlicher Sicht analysiert, welche Anforderungen die Grund- und Menschenrechte an die Abschiebung kranker Menschen stellen. Zudem haben wir empirisch untersucht, wie krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse nachgewiesen und geprüft werden, und wie die Praxis vor und während der Abschiebung aussieht.

Es gibt bislang keine verlässlichen Zahlen zum Bereich Abschiebung und Krankheit. Weder ist bekannt, wie viele Menschen mit einer schwerwiegenden Erkrankung abgeschoben werden, noch, in wie vielen Fällen aus medizinischen Gründen von einer Abschiebung abgesehen wird. Vor allem

aber gibt es keine verlässlichen Daten für die Behauptung, Ausreisepflichtige würden in großem Umfang Krankheiten vortäuschen.

Die Analyse richtet sich an den Gesetzgeber sowie Entscheidungsträger_innen in Bund, Ländern und Kommunen, die in die Prüfung des Asylanspruchs (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge), in die Vorbereitung der Abschiebung (Ausländerbehörden) und die Durchführung der Abschiebung (Landespolizeien, Bundespolizei) involviert sind. Sie möchte dabei einerseits den grund- und menschenrechtlichen Rahmen für die Abschiebung kranker Menschen abstecken. Sie möchte andererseits verdeutlichen, welche Schutzlücken in der Praxis – also beim Nachweis und der Prüfung von Abschiebungshindernissen, aber auch bei der Vorbereitung und Durchführung von Abschiebungen – drohen, denen sich der Gesetzgeber annehmen sollte.

Das Institut bedankt sich bei allen Expert_innen, die wir im Rahmen der Untersuchung befragen durften. Dies waren Vertreter_innen des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge, der Bundespolizei sowie mehrerer Landespolizeien, der Ärzteschaft, der Anwaltschaft, von psychosozialen Beratungsstellen und der Abschiebungsbeobachtung. Wir bedanken uns außerdem bei den zuständigen Behörden der Bundesländer, die unseren Fragebogen beantwortet haben.

Professorin Dr. Beate Rudolf

Direktorin des Deutschen Instituts für Menschenrechte

Inhalt

Zusammenfassung	9
------------------------	----------

1	Einleitung	10
----------	-------------------	-----------

2	Im Asylverfahren	14
----------	-------------------------	-----------

2.1	Fehlende Behandelbarkeit einer lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankung im Herkunftsland	16
2.2	Darlegungslast und Mitwirkungspflichten	18
	2.2.1 Qualifizierte ärztliche Bescheinigung	19
	2.2.2 Anforderungen an und Herausforderungen für Ärzt_innen	21
	2.2.3 Der Zugang für Betroffene zu qualifizierten ärztlichen Bescheinigungen	22
2.3	Aufklärungspflicht des BAMF	31
2.4	Zwischenfazit	32

3	Bei bestehender Ausreisepflicht	33
----------	--	-----------

3.1	Begriff der Reisefähigkeit	33
3.2	Vorbereitung und Organisation der Abschiebung	34
	3.2.1 Gesetzliche Vermutung der Reisefähigkeit	34
	3.2.2 Prüfung der Reisefähigkeit durch die Ausländerbehörde	35
	3.2.3 Reisefähigkeit: Vorkehrungen der Ausländerbehörde zur Abschiebung kranker Personen	36
3.3	Zwischenfazit	38

4	Während des Abschiebungsvorgangs	39
<hr/>		
4.1	Übermittlung von medizinischen Informationen	41
4.2	Kommunikation mit den Betroffenen / Sprachmittlung	42
4.3	Zugang zu Anwält_innen	43
4.4	Sonderfall: Abschiebungen aus der stationären Behandlung	43
5	Fazit	45
<hr/>		
6	Literatur	48
<hr/>		
Abkürzungen		58
<hr/>		

Zusammenfassung

Die Grund- und Menschenrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit sowie das Verbot der Zurückweisung (Refoulement-Verbot) verbieten, dass erkrankte Menschen abgeschoben werden, wenn dadurch ihr Leben gefährdet wird oder sich ihr Gesundheitszustand schwerwiegend verschlechtert.

Wenn Anhaltspunkte für eine solche Situation bestehen, müssen sie von den Behörden berücksichtigt werden: bei der Prüfung des Asylantrags durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), bei der Vorbereitung der Abschiebung durch die Ausländerbehörden sowie durch die Landespolizeien und die Bundespolizei vor und während der Durchführung der Abschiebung. Die Fragen, die sich dabei stellen, werden in der vorliegenden Untersuchung sowohl rechtlich als auch empirisch analysiert.

Seit einigen Jahren liegt ein Schwerpunkt der asylpolitischen Debatte in Deutschland auf der Erhöhung der Rückkehr- und Abschiebungszahlen. Das hat sich in einer Reihe von Gesetzgebungsverfahren niedergeschlagen, die Abschiebungen vereinfachen sollen. 2016 und 2019 sind auch die Regelungen zum Nachweis von Erkrankungen verschärft worden. Dabei lässt sich der im politischen Raum wiederholt erhobene Vorwurf, dass Menschen Krankheiten vortäuschen, um einer Abschiebung zu entgehen, nicht durch öffentlich verfügbare Daten stützen.

Für die Gewährung eines Bleiberechts aus krankheitsbedingten Gründen spielen sogenannte qualifizierte ärztliche Bescheinigungen eine wesent-

liche Rolle. Für Betroffene gibt es zahlreiche Hürden beim Zugang zu solchen Nachweisen, beispielsweise stark verkürzte Verfahren, Mangel an Informationen und Sprachmittlung, Fachärztemangel sowie finanzielle und bürokratische Hürden. Diese Hürden verschärfen sich für Menschen in AnkER-Zentren oder in der Abschiebungshaft.

Die Verschiebung der Darlegungslast weg von den prüfenden Behörden, wie BAMF und Ausländerbehörde, hin zu den Betroffenen ist grund- und menschenrechtlich bedenklich.

Auch während des Abschiebungsvorgangs muss der Staat sicherstellen, dass die Grund- und Menschenrechte der Betroffenen gewahrt sind. Praxisberichte weisen auf Mängel beim Zugang zu Sprachmittlung, Informationen, Rechtsbeistand und medizinischer Versorgung hin. Laut Berichten aus der Praxis kommt es zunehmend zu Abschiebungen aus stationären medizinischen Einrichtungen. Diese sind nicht verhältnismäßig und in einigen Bundesländern bereits durch Erlass untersagt.

Vor dem Erlass einer Rückkehrentscheidung und der Abschiebung muss zudem sichergestellt sein, dass bei einer schweren Erkrankung tatsächlich individueller Zugang zu medizinischer Behandlung im Herkunftsland besteht.

Unabhängige Abschiebungsbeobachtung ist ein wichtiger Baustein für mehr Kontrolle und Transparenz im Abschiebungsprozess. Sie sollte ausgebaut werden und möglichst den gesamten Abschiebungsprozess begleiten.

1 Einleitung

Abschiebung war und ist in der politischen und gesellschaftlichen Debatte ein umstrittenes, polarisierendes Thema. In den vergangenen Jahren ist die Erhöhung der Abschiebungszahlen in den Mittelpunkt der asylpolitischen Diskussion gerückt. Dabei wird von politischer und behördlicher Seite die Ansicht vertreten, dass zu viele geplante Abschiebungen, aus unterschiedlichen Gründen, scheitern.¹

Das Thema Krankheit als Abschiebungshindernis wird bereits seit Langem kontrovers diskutiert. Auf der einen Seite unterstellen politische und staatliche Vertreter_innen teilweise, dass bewusst Krankheiten vorgeschoben werden, um eine Abschiebung zu verhindern. In zwei Berichten, die die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Rückführung („AG Rück“) in Auftrag gegeben hatte, wurde die Vermutung geäußert, dass das Vorbringen gesundheitlicher Abschiebungshindernisse nach einer Abschiebungsandrohung häufig allein dem Zweck diene, die Rückführung hinauszuzögern oder abzuwenden.² Der Evaluierungsbericht aus dem Jahr 2015 diene als Grundlage für die gesetzlichen Änderungen der letzten Jahre bezüglich der Geltendmachung von krankheitsbedingten Abschiebungshindernissen.³

Ein Beleg, ob und in wie vielen Fällen Asylsuchende oder Ausreisepflichtige Krankheiten tatsächlich vortäuschen, wurde im Rahmen dieser Debatte nicht vorgelegt und kann aus den verfügbaren Zahlen nicht abgeleitet werden. So gibt es kaum Erkenntnisse über die Zahl medizinisch begründeter Abschiebungsverbote, also zur Frage, wie viele Menschen krankheitsbedingt nicht abgeschoben werden oder wie viele sich auf eine Erkrankung berufen.

Auf der anderen Seite wird von der Zivilgesellschaft, aber auch von Vertreter_innen der Ärzteschaft und Therapeut_innenverbänden eine zunehmend härtere Abschiebungspraxis „um jeden Preis“ kritisiert, in der Erkrankungen nicht ausreichend Berücksichtigung fänden.⁴ In der Folge würden Menschen abgeschoben, bei denen sich die Erkrankung durch die Abschiebung erheblich oder sogar lebensgefährlich verschlimmern könne.

Auch im Kontext von Abschiebungen ergeben sich grund- und menschenrechtliche Schutzpflichten, die alle beteiligten staatlichen Akteure zu wahren haben.⁵ Den grund- und menschenrechtlichen Rahmen für Abschiebungen von erkrankten Menschen bildet das Recht auf Leben (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz, Artikel 6 UN-Zivilpakt, Artikel 3 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Artikel 2 Europäische Menschenrechtskonvention, Artikel 2 Grundrechtecharta) und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 Grundgesetz, Artikel 3 Grundrechte-Charta) sowie das völkerrechtliche Refoulement-Verbot (Verbot der Zurückweisung) als Teil des Verbots von Folter und Misshandlung.⁶ Aufgrund der absoluten Geltung dieses Verbots darf der Staat unter keinen Umständen von der letztgenannten Verpflichtung abweichen.⁷ Nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) kann unter bestimmten Voraussetzungen auch eine lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankung vom Refoulement-Verbot umfasst sein.

Die mit dem Vollzug der Abschiebung betrauten Stellen – also Ausländerbehörde, Bundespolizei und Landespolizeien – haben in jedem Stadium der Abschiebung Gefahren für Leib und Leben zu beachten und gegebenenfalls durch ein (vorübergehendes) Absehen von der Abschiebung abzuwenden.⁸

1 Unter anderem: ZEIT ONLINE (24.02.2019); WELT (10.02.2020); BILD (03.01.2020); ZDF (24.11.2019); UAG Vollzugsdefizite (2015), S. 16; UAG Vollzugsdefizite (2011), S. 9.

2 UAG Vollzugsdefizite (2015), S. 16; UAG Vollzugsdefizite (2011), S. 9.

3 Deutscher Bundestag (16.02.2016), S. 18.

4 Deutscher Bundestag (09.09.2016); ZEIT ONLINE (29.07.2016); WELT (29.03.2019); taz (28.03.2018).

5 Dreier (2013), Art. 2, Rn. 76; Rainey / Wicks / Ovey (2017), S. 161 ff.

6 Artikel 3 EMRK, Artikel 3 CAT, Artikel 5 AEMR, Artikel 7 UN-Zivilpakt, Artikel 37 UN-Kinderrechtskonvention, Artikel 33 Genfer Flüchtlingskonvention; Weck (2016).

7 Rainey / Wicks / Ovey (2017), S. 183.

8 Bundesverfassungsgericht (1998): Beschluss vom 26.2.1998, 2 BVR 185/98, Rn. 4.

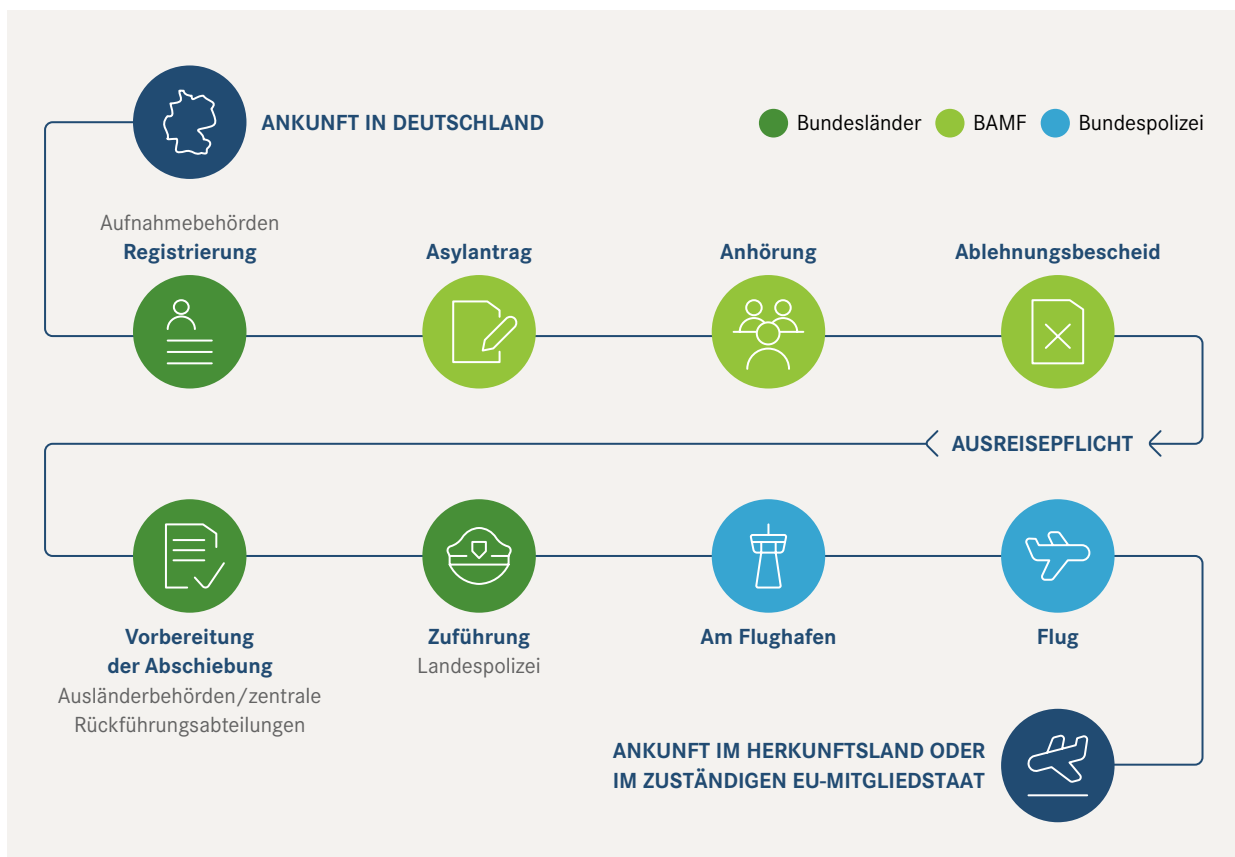
Diesen Schutzpflichten steht der staatliche Anspruch zur Durchsetzung der Ausreisepflicht gegenüber. Dadurch sind Abschiebungen besonders anfällig für Schutzlücken, insbesondere wenn der Abschiebungsdruck auf die an der Umsetzung beteiligten Akteur_innen wie Ausländerbehörden, Bundes- oder Landespolizei zunimmt.

Das Deutsche Institut für Menschenrechte hat sich daher mit krankheitsbedingten Abschiebungshindernissen befasst, das heißt mit der Frage, unter welchen Umständen kranke Menschen aus Deutschland nicht abgeschoben werden (dürfen). Es gibt mehrere Phasen, in denen zu prüfen ist, ob und inwieweit der gesundheitliche Zustand einer Person der Abschiebung entgegensteht (Abbildung 1).

Jede dieser Phasen wird im Folgenden entlang der grund- und menschenrechtlichen Normen in den Blick genommen. Aus rechtlicher Sicht wird analysiert, welche Anforderungen sich aus den Grund- und Menschenrechten für die Abschiebung kranker Menschen ergeben. Dabei geht es um drei Fragen:

- Wie muss die Prüfung eines krankheitsbedingten Abschiebungsverbots im Asylverfahren erfolgen?
- Welche Rolle spielen sogenannte qualifizierte ärztliche Bescheinigungen für die Gewährung eines Bleiberechts?
- Welche Schutzpflichten hat der Staat vor und während des Abschiebungsvorgangs?

Abbildung 1: Verfahrensstadien, in denen krankheitsbedingte Abschiebungsverbote und -hindernisse zu prüfen sind



Diese Fragen werden nicht nur rechtlich bewertet, sondern auch aus empirischer Sicht analysiert. Zunächst wird beschrieben, welche Vorgaben sich aus den Grund- und Menschenrechten ergeben. Die empirische Analyse zeigt anschließend, welche Aspekte eine menschenrechtskonforme Praxis gewährleisten oder behindern können. Dafür hat das Institut 24 Expert_innen aus dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), der Bundes- und Landespolizei, der Ärzte- und Therapeuten-schaft, der Anwaltschaft, zivilgesellschaftlichen Beratungsstellen sowie der Abschiebungsbeobachtung befragt. Die Befragungen fanden im Zeitraum März bis Mai 2020 in Form von 14 leitfadengestützten Telefoninterviews, fünf schriftlichen Befragungen anhand nicht standardisierter Fragebögen und einer Fokusgruppe mit fünf Expert_innen aus dem Bereich Begutachtung krankheitsbedingter Abschiebungsverbote statt. Darüber hinaus wurden mithilfe eines Fragebogens im Februar 2020 Daten bei den zuständigen Ministerien der Bundesländer erhoben.⁹ Außerdem wurden öffentlich verfügbare Daten, Statistiken und Studien ausgewertet sowie Parlamentsdrucksachen des Bundestags und der Länder.

Insgesamt erlaubt die Analyse keine umfassenden, repräsentativen Aussagen zur Abschiebung kranker Menschen. Sie zeigt aber zentrale Aspekte auf, die für eine menschenrechtskonforme Praxis gewährleistet sein müssen. Sie verdeutlicht somit, welche Bedingungen gegeben sein müssen, um einen angemessenen Zugang zum Recht zu gewährleisten.

Abschiebung in Zeiten von Corona

Während der Corona-Pandemie gibt es keinen generellen bundesweiten Abschiebungsstopp. In der Praxis fanden jedoch von Mitte März 2020 an keine Abschiebungen statt. Auch

das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) hatte Überstellungen in EU-Mitgliedstaaten im Sinne der Dublin-III-VO¹⁰ eingestellt.¹¹ Diese sind seit Mitte Juni 2020 wieder möglich. Seit den Grenzöffnungen und der Wiederaufnahme des Flugverkehrs werden auch wieder Abschiebungen in Drittstaaten durchgeführt.¹² Dies ist im Hinblick auf die Schutzpflichten Deutschlands gegenüber Menschen, die von Abschiebung betroffen sind, kritisch zu sehen. Das weltweite Infektionsgeschehen ändert sich ständig. Krankheitsverläufe sind nur schwer vorhersehbar und viele Herkunftsländer verfügen nicht über die notwendige medizinische Versorgung. Zudem verschlechtern sich in einigen Ländern die humanitären Lebensbedingungen aufgrund der Pandemie erheblich. Das Bundesverfassungsgericht hat im Februar 2021 hervorgehoben, dass vor der Abschiebung die Auswirkungen der Pandemie auf das Gesundheitssystem und die Lebensbedingungen im Zielstaat hinreichend und auf Grundlage aktueller Erkenntnisse geprüft werden müssen, wenn wegen einer Verschlechterung der dortigen Lage die Schwelle für ein Abschiebungsverbot überschritten sein könnte.¹³ Mehrere Gerichte haben daher beispielsweise alleinstehenden, gesunden jungen Männern aus Afghanistan, deren Asylklagen in der Vergangenheit häufig abgelehnt wurden, aufgrund der aktuellen Situation vor Ort ein Abschiebungsverbot zugesprochen.¹⁴ In Anbetracht der unsicheren Erkenntnislage, der drohenden Gesundheits- und Lebensgefahr und der Verschlechterung der sozioökonomischen Bedingungen infolge von COVID-19 sollten Abschiebungen in Länder mit prekären Lebensbedingungen und unzureichender Gesundheitsversorgung ausgesetzt werden.

- 9 Bis auf Baden-Württemberg und Hamburg liegen Antworten aus allen Bundesländern vor. Gefragt wurde unter anderem nach länderspezifischen Vorgaben zur Prüfung der Reisefähigkeit, zum Abschiebungsvorgang sowie zur Gesundheitsversorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen und Abschiebungshaft.
- 10 Verordnung (EU) Nr. 604/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung der Kriterien und Verfahren zur Bestimmung des Mitgliedstaates der für die Prüfung eines von einem Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen in einem Mitgliedstaat gestellten Antrags auf internationalen Schutz zuständig ist (Neufassung).
- 11 Migrationsrecht Net (2020); Deutscher Bundestag (23.06.2020), S. 4.
- 12 Pro Asyl (2020); Süddeutsche Zeitung (15.07.2020). Von Juli bis September 2020 wurden 1835 Abschiebungen vollzogen, siehe Deutscher Bundestag (28.10.2020), S. 23329.
- 13 BVerfG, Beschluss vom 09.02.2021, 2 BvQ 8/21, Rn 7 f.
- 14 OVG Bremen, Urteil vom 22.09.2020 – 1 LB 258/20, Rn. 28 und Urteil vom 24.11.2020 – 1 LB 351/20, Rn 28; VG Hannover, Urteil vom 09.07.2020, 19 A 11909/17, Rn 21; VG Karlsruhe, Urteil vom 15.05.2020; A 19 K 16467/17, Rn 107.

Erkenntnisstand: Gesundheitliche Situation von Geflüchteten und Migrant_innen

Zur gesundheitlichen Situation von Geflüchteten und Migrant_innen in Deutschland gibt es bislang nur wenige Erkenntnisse.¹⁵ Dünn ist insbesondere die Datenlage zu Schutzsuchenden, die sich erst seit kurzer Zeit in Deutschland aufhalten.

Während es kaum Studien zu somatischen Erkrankungen von Geflüchteten gibt, liegen einige Erkenntnisse zur psychischen Gesundheit vor:¹⁶ So hat ein großer Teil der Geflüchteten potenziell traumatisierende Ereignisse wie Krieg, Verfolgung oder Zwangsrekrutierung erlebt, die zu Symptomen einer Traumatisierung oder depressiven Erkrankung führen können.¹⁷ Bei einem Teil der Betroffenen kommt es zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Die Schätzungen zum Ausmaß variieren zwischen 16 und 55 Prozent der Geflüchteten.¹⁸ Unbestritten ist, dass bei diesen Personen Belastungsstörungen häufiger auftreten als in der Bevölkerung insgesamt.¹⁹ Geflüchtete weisen insgesamt eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit als der Bevölkerungsdurchschnitt auf.²⁰ Auch ihre subjektive Gesundheit schätzen Geflüchtete wesentlich schlechter ein als der Rest der Bevölkerung.²¹

Darüber hinaus weisen Untersuchungen auf Zusammenhänge zwischen der psychischer Gesundheit und der Wohnsituation hin: In AnKER-Zentren und ähnlichen Unterbringungsformen kumulieren alle aus der Forschung bekannten Risikofaktoren

für psychische Erkrankungen, zum Beispiel Perspektivlosigkeit, erzwungene Untätigkeit, Enge, fehlende Rückzugsorte, mangelndes Sicherheitsempfinden, insbesondere für Frauen und Kinder, sowie Angst und Hilflosigkeit durch das Miterleben von Abschiebungen.²³ Über die Wohnsituation hinaus wirken sich restriktive asyl- und migrationspolitische Maßnahmen negativ auf die Gesundheit von Menschen aus, so das Ergebnis einer Metastudie aus dem Jahr 2019.²⁴

Erkenntnisstand: Prüfung aufenthaltsrechtlicher Fragen

Zu der Frage, wie häufig krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse in der Praxis geltend gemacht werden, gibt es keine empirischen Ergebnisse. Es liegen lediglich einzelne Erhebungen darüber vor, wie asyl- und aufenthaltsrechtliche Entscheidungen getroffen, begründet und ausgeführt werden. Dabei beziehen sich die Erkenntnisse auf das Verfahren allgemein, nicht auf krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse.

Das Recht auf ein faires Asylverfahren ist, darauf weisen quantitative Studien hin, nicht für alle Asylsuchenden gleich gewahrt: So gibt es zwischen den Bundesländern sehr große Unterschiede bei der Anerkennungsquote des BAMF.²⁵ Auch die Verwaltungsgerichte entscheiden bei den Rechtsbehelfen höchst unterschiedlich, ebenso wie die Ausländerbehörden bei den Abschiebungen.²⁶ Die Unterschiede lassen sich, so der Tenor der Studien, nicht vollständig mit der wechselnden

15 Vgl. Robert-Koch-Institut (o.J.).

16 Siehe zum Beispiel Nesterko u. a. (2019).

17 Schröder / Zok / Faulbaum (2018), S. 9; siehe auch Brücker u. a. (2019), S. 3 f.

18 Bozorgmehr u. a. (2016); Bundespsychotherapeutenkammer (Januar 2018), S. 3.

19 Flatten u. a. (2011), S. 203.

20 Metzing / Schacht / Scherz (2020), S. 67.

21 Schröder / Zok / Faulbaum (2018), S. 10.

22 „AnKER“ steht für Ankunft-Entscheidung-Rückführung, vgl. auch Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (04.07.2018), Punkt 32.

23 Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2019), S. 16–25.

24 Juárez u. a. (2019).

25 Riedel / Schneider (2017).

26 Schneider / Segadlo / Leue (2020).

Zusammensetzung der Asylsuchenden oder unterschiedlichen Verfahrensabläufen erklären. Der Ausgang eines Asylverfahrens hänge somit von Faktoren außerhalb des Einzelfalls ab, beispielsweise dem „guten Willen“ der Entscheider_innen, dem politischen und gesellschaftlichen Klima im Bundesland oder der Zusammensetzung des Fallaufkommens der bearbeitenden Person.²⁷

Gründe für die Unterschiede sind bislang nicht vertiefend erforscht. Als ein möglicher Grund wird von unterschiedlichen Seiten insbesondere die Personalsituation im BAMF und in den Ausländerbehörden ins Feld geführt. Diese würde in Kombination mit hohem Fallaufkommen und mangelnder Qualifikation der Mitarbeitenden zu einer Überforderung – und möglicherweise Fehlentscheidungen – derselben führen.²⁸ Ein umfassenderer Zugang zu den behördlichen Daten für Wissenschaftler_innen zur Durchführung unabhängiger Studien, wird seit Langem gefordert.²⁹

Insgesamt erlaubt die Datenlage keine Aussagen dazu, ob und in welchem Umfang krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse durch die Betroffenen (nicht) geltend gemacht und wie diese durch die Behörden geprüft werden. Die Daten-

lücke betrifft dabei nicht nur das Verfahren an sich, sondern auch die Zahl der Betroffenen: Aus den verfügbaren Zahlen lässt sich nicht ableiten, dass Asylsuchende oder Ausreisepflichtige Krankheiten vortäuschen – so wie es nur über einen Bruchteil der (abgebrochenen) Abschiebungen statistische Klarheit gibt.³⁰ Trotz der fehlenden Empirie wird das Täuschungsnarrativ zur Begründung der gesetzlichen Verschärfungen der letzten Jahre verwendet.

2 Im Asylverfahren

Im Rahmen des Asylverfahrens muss das BAMF auch prüfen, ob ein krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot vorliegt. Dabei geht es um schwere, behandlungsbedürftige Erkrankungen und die Frage, ob im Herkunftsland die notwendige medizinische Versorgung gewährleistet werden kann.³¹ Abbildung 2 (S. 15) stellt eine solche Prüfung schematisch dar. Wenn ein Dublin-Verfahren³² vorgeschaltet ist, müssen die Behörden prüfen, ob bei der Überstellung in den zuständigen Mitgliedstaat Gesundheitsgefahren bestehen und dort die notwendige Weiterbehandlung gewährleistet ist (siehe unter 3).

27 Zur Analyse und Diskussion der Anerkennungsquoten des BAMF: Schneider (2021); Riedel / Schneider (2017); Schneider / Segadlo / Leue (2020). Eule (2014) zeigt als eine der wenigen qualitativen Studien, welchen Einfluss die interne Organisation der Ausländerbehörde und das lokale politische Klima auf die Entscheidungspraxis der Behörde in Deutschland haben. Kosyakova / Brücker (2020) zeigen, dass das soziale Kapital (Netzwerke) und ein höherer sozioökonomischer Status die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entscheidung erhöhen. Ecker u. a. (2020) zeigen, dass auch das Geschlecht eine Rolle spielt (beziehungsweise die Frage, wie das Geschlechterverhältnis im Fallaufkommen der Richter_innen ist): Die Autor_innen werteten 40.000 richterliche Entscheidungen über Asylanträge in Österreich aus. Die Ergebnisse seien nur bedingt verallgemeinerbar; ein ähnlicher Effekt könne aber auch in anderen Ländern auftreten.

28 McKinsey & Company (2016), S. 45; UAG Vollzugsdefizite (2015), S. 7–10 sowie NGO/Medienberichte: ProAsyl / Flüchtlingsrat Essen e.V. (04.02.2020); Wetterauer Zeitung (09.05.2019); Frankfurter Rundschau (27.03.2019). Zur Belastung der Mitarbeiter_innen in Ausländerbehörden und deren Umgang mit dieser Situation siehe auch Eule (2014).

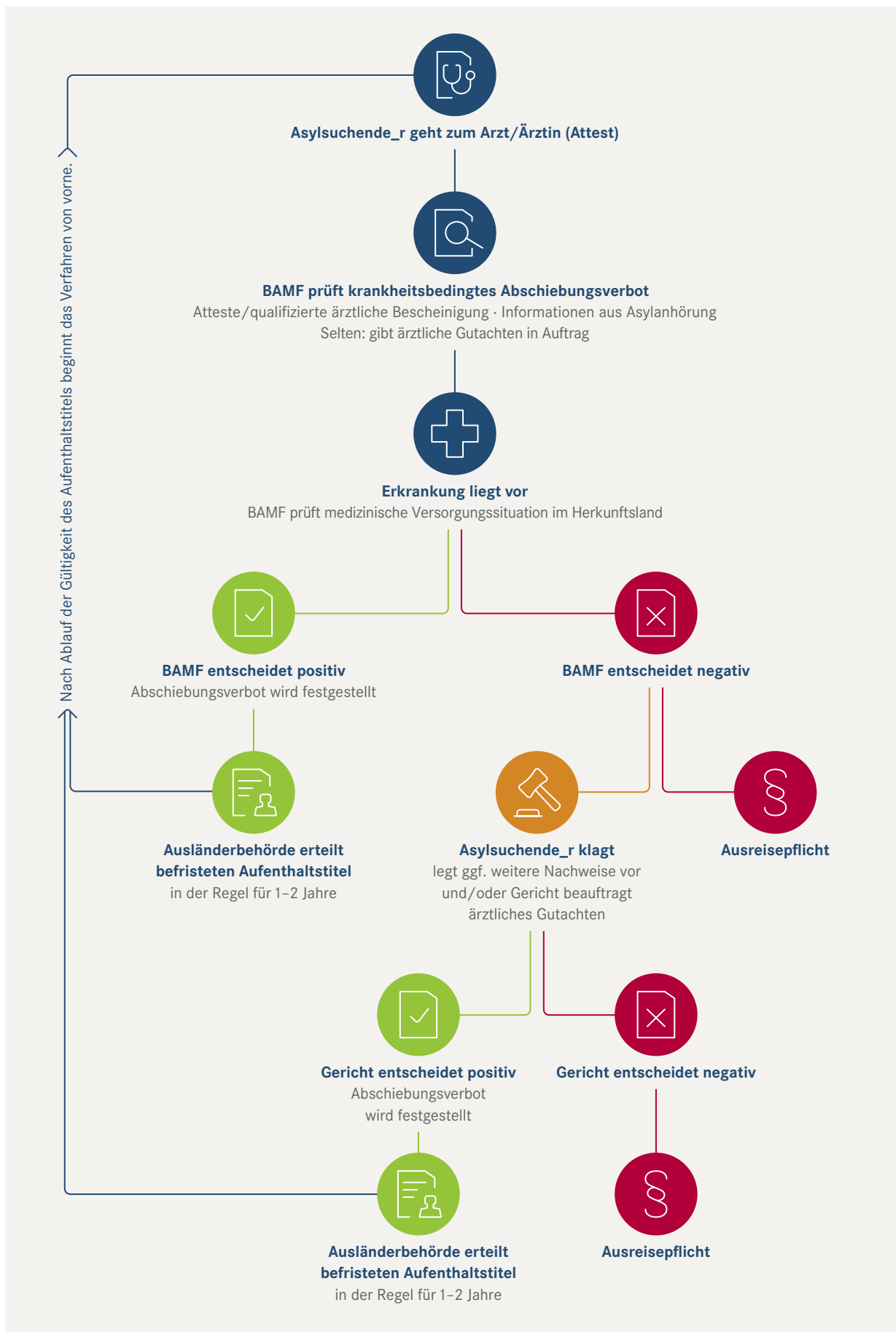
29 So etwa Schneider (2021) sowie Ecker u.a. (2020), S. 124.

30 Zur schlechten Datengrundlage siehe auch: Rietig / Günnewig (2020), S. 25 f.

31 Die Frage, inwieweit die fehlende Versorgung mit Hilfsmitteln für Menschen mit Behinderungen (Rollstuhl, Sehhilfe, etc.) im Herkunftsland und ein damit einhergehender Teilhabeausschluss ein menschenrechtlich basiertes Abschiebungsverbot begründen könnte, wird in dieser Analyse nicht bearbeitet. Die UN-Behindertenrechtskonvention hat ein weites Verständnis von Behinderung und schließt auch chronisch kranke und traumatisierte Menschen mit ein. Diese Gruppe wird in der vorliegenden Untersuchung erfasst.

32 Im Dublin-Verfahren wird zunächst geprüft, ob ein anderer EU-Mitgliedstaat für die Durchführung des Asylverfahrens zuständig ist. Dies ist im Regelfall der Mitgliedstaat, den die Person als ersten EU-Staat betreten hat.

Abbildung 2: Verfahren zur Prüfung krankheitsbedingter Abschiebungsverbote im Asylverfahren



Aus den Anerkennungsquoten des BAMF lässt sich nicht erkennen, bei wie vielen Personen im Rahmen des Asylverfahrens ein krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot festgestellt wurde, das heißt, wie viele Menschen krankheitsbedingt nicht abgeschoben worden sind: Im Jahr 2020 ergingen 5702 positive Entscheidungen über die Feststellung eines Abschiebungsverbotes gemäß § 60 Absatz 5 oder 7 Aufenthaltsgesetz (AufenthG).³³ Einer der Gründe, auf die ein solches Abschiebungsverbot gestützt werden kann, ist das Vorliegen einer Krankheit.³⁴ Eine Ausdifferenzierung der Anerkennungsquote nach Gründen gibt es nicht. Die verfügbaren Daten lassen somit keine Aussage zur Zahl der Menschen zu, die krankheitsbedingt nicht in ihr Herkunftsland zurückgeführt wurden.

2.1 Fehlende Behandelbarkeit einer lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankung im Herkunftsland

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat in seiner Rechtsprechung hervorgehoben, dass das völkerrechtliche Refoulement-Verbot auch bei der Rückführung schwerkranker Menschen zu beachten ist.³⁵ Das Refoulement-Verbot leitet sich aus dem in Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) verankerten Verbot der Folter und Misshandlung ab und schützt Menschen vor Abschiebung, wenn ihnen schwere Menschenrechtsverletzungen im Herkunftsland drohen. Der Gerichtshof hat seine Rechtsprechung zu Artikel 3 EMRK diesbezüglich in den vergangenen Jahren schrittweise präzisiert.³⁶

Eine Verletzung kann demnach vorliegen, wenn sich der Gesundheitszustand einer erkrankten Person ohne die erforderliche Behandlung im Heimatland in kurzer Zeit schwerwiegend und unumkehrbar verschlechtern und zu intensivem Leid oder einer signifikanten Verkürzung der Lebenserwartung führen würde. In der Paposhvili-Entscheidung (2016) hat der EGMR konkrete Kriterien für die Prüfung des Zugangs zu angemessener medizinischer Versorgung im Zielstaat aufgestellt. So reicht es nicht aus, dass eine medizinische Versorgung prinzipiell gewährleistet werden kann, sondern ob die betroffene Person auch tatsächlich Zugang zu dieser Versorgung hat. Mitberücksichtigt werden müssen Erreichbarkeit, finanzielle Mittel und Unterstützungsmöglichkeiten durch Familienangehörige oder Dritte. Bei begründeten Zweifeln hinsichtlich des Zugangs ist eine individuelle Zusage des Zielstaates erforderlich. Können diese Zweifel nicht hinreichend ausgeräumt werden, ist ein Abschiebungsverbot zu gewähren.

Im nationalen Recht ist der Abschiebungsschutz bei Verletzungen von Rechten aus der EMRK in § 60 Absatz 5 AufenthG geregelt. Die deutschen Gerichte berücksichtigen § 60 Absatz 5 AufenthG in Verbindung mit Artikel 3 EMRK bei krankheitsbedingten nationalen Abschiebungsverböten bislang jedoch kaum, sondern greifen auf § 60 Absatz 7 AufenthG zurück.³⁷ Dieser schützt vor Abschiebung, wenn eine lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankung vorliegt, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würde. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts kommt es bei der Bewertung nicht in erster Linie auf den aktuellen Grad der Erkrankung an, sondern darauf, wie sich der

³³ Siehe: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2021), S. 1.

³⁴ Weitere Gründe können etwa eine existenzielle Notlage und drohende Verletzung im Herkunftsland sein oder eine mit Art. 3 EMRK vergleichbare Beeinträchtigung grundlegender Menschenrechtsgarantien, etwa das Recht auf ein faires Verfahren nach Art. 6 EMRK.

³⁵ So sieht etwa der UN-Menschenrechtsausschuss in der Abschiebung eines psychisch kranken Menschen, der trotz des Wissens um sein psychisches Leiden über einen langen Zeitraum in Abschiebehaft gehalten wurde und der in seinem Herkunftsland Iran nicht die nötigen Medikamente erhalten hätte, eine Verletzung von Art. 7 UN-Zivilpakt: C v. Australia, 13.11.2002, UN Doc. CCPR/C/76/D/900/1999 Absatz 8.5. Der UN-Kinderrechtsausschuss weist darauf hin, dass bei Abschiebungen von Kindern im Lichte der Art. 2 und 37 UN-Kinderrechtskonvention die für sie besonders schwerwiegenden Folgen von unzureichender Ernährung und medizinischer Versorgung berücksichtigt werden müssen: UN, Committee on the rights of the Child (2005).

³⁶ EGMR (2016): Paposhvili v. Belgien, 13.12.2016, 41738/10; EGMR (2019): Savran v. Dänemark, 01.10.2019, 57467/15; siehe auch Steinorth (2017).

³⁷ Soweit ersichtlich, verweist nur das Bundesverfassungsgericht in einem Beschluss von 2019 zur Prüfung zielstaatsbezogener krankheitsbedingter Abschiebungsverbote auf die EGMR-Rechtsprechung: BVerfG (2019): Beschluss vom 24.07.2019, 2 BvR 686/19, Rn. 31.

Gesundheitszustand aufgrund der Vorerkrankung prognostisch bei einer Rückkehr ins Herkunftsland entwickelt.³⁸ Das BAMF zieht zur Beurteilung der medizinischen Versorgungslage unter anderem die Lageberichte des Auswärtigen Amts³⁹ und das Informationssystem Medcoi⁴⁰ heran. Hierbei steht die grundsätzliche Behandelbarkeit einer Krankheit im Herkunftsland (oder in einem bestimmten Landesteil) im Vordergrund.

Die deutschen Behörden und Gerichte müssen bei der Anwendung nationaler Gesetze die Verpflichtungen aus internationalen und europäischen Menschenrechtskonventionen wie der EMRK und die Rechtsprechung des EGMR berücksichtigen.⁴¹ Dies bedeutet, dass die vom EGMR entwickelten Kriterien für den Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung bei der Prüfung zielstaatsbezogener krankheitsbedingter Abschiebungsverbote zu beachten sind.

Es reicht somit nicht, darauf hinzuweisen, dass die Krankheit im Zielland grundsätzlich behandelbar ist. Vielmehr muss in jedem Einzelfall geprüft werden, ob die betroffene Person aufgrund der individuellen Umstände die medizinische Behandlung auch tatsächlich erreichen kann. In der Rechtsprechung wird die Prüfung individuell hinzutretender Umstände teilweise bereits verlangt, so beispielsweise die tatsächliche Finanzierbarkeit grundsätzlich verfügbarer medizinischer Behandlung⁴² oder die Notwendigkeit einer durchgängigen Betreuung einer an Schizophrenie erkrankten Person, um die Medikamenteneinnahme zu gewährleisten⁴³. Bestehen ernsthafte Zweifel, müssen konkrete Zusi-

cherungen vom Zielstaat eingeholt werden. Können diese Zweifel nicht hinreichend ausgeräumt werden, ist ein Abschiebungsverbot zu gewähren.

Es ist umstritten, ob es ausreicht, eine „alsbaldige“⁴⁴ Verschlimmerung der Krankheit durch eine medizinische Nachsorge zu verhindern (beispielsweise durch die Mitgabe von Medikamenten oder die Übernahme der Kosten der medizinischen Behandlung für einige Monate).⁴⁵ Das BAMF sieht in einer internen Dienstanweisung zwei Jahre als allgemeine Richtschnur an.⁴⁶ Dadurch würde der Eintritt der Gesundheitsgefahr jedoch lediglich herausgezögert. Es sollte daher vorher sichergestellt werden, dass sich an die von Deutschland für die erste Zeit bereitgestellten Mittel eine dauerhafte Versorgung anschließt.

Fallbeispiel: Nierenkranke Frau (67) ohne Aussicht auf Behandlung im Herkunftsland

Frau M.⁴⁷ reist im Januar 2019 mit ihrer Tochter aus einem afrikanischen Land nach Deutschland ein. Hier lebt bereits ein Sohn von ihr. Nach kurzer Zeit kommt sie in stationäre medizinische Behandlung. Sie leidet an einer schweren Niereninsuffizienz, in deren Folge sie an Diabetes erkrankt und fast erblindet ist. Sie benötigt zwei Mal wöchentlich eine Dialysebehandlung, ansonsten droht eine zunehmende Vergiftung, die unbehandelt zum Tode führt.

Im März 2019 stellt sie einen Asylantrag. Im Protokoll ihrer persönlichen Asylananhörung wird fälschlicherweise notiert, dass sie in den

38 Bundesverwaltungsgericht (2011): Beschluss vom 17.08.2011, 10 B 13/11, 10 B 13/11, 10 PKH 11/11, Rn. 3; Bundesverwaltungsgericht (2012): Urteil vom 22.03.2012, 1 C 3/11, Rn. 34.

39 Die Lageberichte werden in der Regel als vertraulich eingestuft und sind nicht öffentlich zugänglich. Einige Berichte wurden vor Kurzem aufgrund einer Anfrage nach dem Informationsfreiheitsgesetz veröffentlicht, siehe unter <https://fragdenstaat.de/blog/2020/07/27/lageberichte-auswaertiges-amt-asyl/> (abgerufen am 26.02.2021).

40 Medcoi ist ein europäisches Projekt, das mithilfe von lokalen Ärzt_innen und Organisationen wie SOS International auf Anfrage der nationalen Asylbehörden länder- und krankheitsspezifische Informationen bereitstellt.

41 Sogenannter Grundsatz der menschenrechtskonformen Auslegung und Anwendung nationalen Rechts: Bundesverfassungsgericht (2004): Beschluss vom 14.10.2004, 2 BvR 1481/04; ebenso Beschluss vom 05.07.2013, 2 BvR 708/12 (bzgl. der UN-Kinderrechtskonvention) und Beschluss vom 23.03.2011, 2 BvR 882/09 (bzgl. der UN-Behindertenrechtskonvention); vgl. auch Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (2016).

42 Bundesverwaltungsgericht (2012): Urteil vom 22.03.2012, 1 C 3/11, Rn. 34.

43 Bundesverwaltungsgericht (2002): Urteil vom 29.10.2002, 1 C 1/02, Rn. 10.

44 Die Zeitkomponente wurde von der Rechtsprechung entwickelt, vgl. Bundesverwaltungsgericht (1999): Urteil vom 29.07.1999, 9 C 2/99.

45 Marx (2012), Kap. 16, Rn. 54.

46 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019b), S. 26.

47 Hier und im weiteren Verlauf des Textes wurden Name und einige Aspekte des Falls zum Schutz der Betroffenen geändert. Die Fälle wurden von Beratungsstellen und Anwält_innen geschildert.

15 Monaten vor ihrer Ausreise regelmäßig in Dialysebehandlung war. In Wirklichkeit erhielt sie insgesamt nur zwei Behandlungen. Das BAMF lehnt daraufhin den Asylantrag ohne weitere Prüfung der Behandlungsmöglichkeiten als offensichtlich unbegründet ab mit der Begründung, Frau M. könne im Herkunftsland behandelt werden. Die einwöchige Klagefrist verpasst sie. Erst jetzt findet sie den Weg zu einem Anwalt.

Die zuständige Ausländerbehörde bereitet derweil die Abschiebung vor. Sie nimmt schriftlich Kontakt zur Botschaft des Herkunftslands in Deutschland auf, die mitteilt, dass eine Dialysebehandlung vor Ort schwierig sei und sie nicht wüssten, wo Frau M. behandelt werden könne. Die Botschaft bittet um eine telefonische Kontaktaufnahme. Die Ausländerbehörde fragt stattdessen die deutsche Botschaft im Herkunftsland, der zufolge es drei Dialysekliniken vor Ort gibt.

Ein von der Ausländerbehörde beauftragter Amtsarzt erklärt Frau M. ohne eigene Untersuchung für reisefähig unter der Maßgabe, dass die Abschiebung zwischen zwei Behandlungen stattfindet und am Tag nach ihrer Ankunft eine Weiterbehandlung in einer Klinik erfolgt. Die deutsche Botschaft sagt zu, für Frau M. kurzfristig einen Termin in einer Dialyseklinik im Herkunftsland zu vereinbaren und eine Abholung vom Flughafen zu organisieren. Danach könne Frau M. sich selbst überlassen werden.

Unterdessen nimmt ihr Anwalt Kontakt zum ärztlichen Personal im Herkunftsland auf und recherchiert zu den dortigen Dialysemöglichkeiten. Er erhält Informationen und schriftliche Nachweise darüber, dass die Behandlungskapazitäten gering sind, dass Medikamente fehlen sowie dass die Maschinen veraltet und nicht gut gewartet sind. Trotz der Hinweise des

Anwalts auf die Behandlungsmängel versucht die Ausländerbehörde Frau M. mindestens dreimal abzuschieben. Die Abschiebungen scheitern jedoch aus unterschiedlichen Gründen.

Im November 2019 stellt der Anwalt mit den eingeholten Nachweisen einen Antrag auf Wiederaufgreifen des Verfahrens bezüglich des Abschiebungsverbots beim BAMF. Der Antrag schützt Frau M. während des laufenden Verfahrens jedoch nicht vor Abschiebung. Nur eine Anmeldung bei der Härtefallkommission bewahrt Frau M. vor weiteren Abschiebungsversuchen.

Im März 2020 revidiert das BAMF schließlich seine Entscheidung und spricht Frau M. ein krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot zu.

2.2 Darlegungslast und Mitwirkungspflichten

Im Asylverfahren obliegt es zunächst einmal den Antragsteller_innen selbst, Gründe vorzutragen, die gegen eine Rückkehr ins Herkunftsland oder in den für sie zuständigen EU-Mitgliedstaat sprechen.⁴⁸ Aus diesem allgemeinen Mitwirkungsgrundsatz ergibt sich auch die Pflicht, die Behörden schriftlich oder mündlich über eine Krankheit zu informieren, die gegen die Abschiebung sprechen könnte.

Im verwaltungsrechtlichen Verfahren trifft jedoch auch die Behörde beziehungsweise das Gericht grundsätzlich die Pflicht, den Sachverhalt aus eigener Initiative zu erforschen.⁴⁹ Umfang und Reichweite der Pflicht zur Sachaufklärung sind umstritten. Nach überwiegender Ansicht in Literatur und Rechtsprechung greift sie erst, wenn die Antragsteller_innen ihren Mitwirkungspflichten nachgekommen sind.⁵⁰ Allerdings reicht die Mitwirkungspflicht wiederum nur so weit, wie sie praktisch

48 Die allgemeine Mitwirkungspflicht im Asylverfahren ist in § 15 Abs. 1 S. 1 Asylgesetz (AsylG) verankert, zudem normiert § 25 AsylG die Pflicht, in der Anhörung alle Tatsachen vorzutragen, die einer Abschiebung entgegenstehen. Im gerichtlichen Verfahren ergeben sich die Anforderungen an die Substantiierung des Sachvortrags aus § 86 Abs. 1 S. 1 2. Hs. Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

49 Sogenannter Untersuchungsgrundsatz gemäß § 24 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) beziehungsweise § 86 VwGO; im Asylverfahren begründet zudem § 24 Abs. 1 S. 1 AsylG die Sachaufklärungspflicht des BAMF.

50 Möller (2005), S. 79 ff., S. 124 f. mit weiteren Nachweisen. Die Reichweite der Sachaufklärungspflicht im Verwaltungsprozess wird im Einzelnen kontrovers diskutiert.

erfüllbar ist.⁵¹ Das bedeutet, dass das BAMF oder die Ausländerbehörde von sich aus die Sache aufklären muss, wenn die Betroffenen dazu nicht in der Lage sind, oder nur unter erheblichen Schwierigkeiten (siehe unter 3.2.3). Zudem besteht die Pflicht zur Aufklärung des Sachverhalts, wenn das Vorbringen Anlass zur weiteren Sachaufklärung bietet.⁵²

2.2.1 Qualifizierte ärztliche Bescheinigung

Aufgrund der Gesetzesänderungen im Sommer 2019 („Geordnete Rückkehr-Gesetz“) ist ein krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot im Asylverfahren durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft zu machen (zur Begriffsabgrenzung: siehe Kasten). Bereits zuvor wurde in der Regel die Vorlage einer derartigen Bescheinigung gefordert, ohne dass es gesetzlich vorgeschrieben war.

Begriffsklärung: Attest, qualifizierte ärztliche Bescheinigung, Gutachten

Im Kontext krankheitsbedingter Abschiebungshindernisse ist von verschiedenen Formen des Nachweises die Rede:

Ein Attest beschränkt sich in der Regel auf die Diagnose. Es reicht häufig nicht aus, um krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse geltend zu machen.

Eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung ist mehr als ein Attest. Sie umfasst weitere Punkte, jedoch weniger als ein detailliertes Gutachten. Es handelt sich demnach um ein qualifiziertes, gewissen inhaltlichen Anforderungen genügendes Attest (siehe Mindestanforderungen unter diesem Kasten).

Ein (detailliertes) Gutachten wird im Auftrag der kranken Person, von Behörden oder von Gerichten erstellt, im Kontext Abschiebung

üblicherweise zum Nachweis psychischer Erkrankungen. Es ist mit zusätzlichen Kosten verknüpft, die vom Auftraggeber getragen werden müssen und kann mehrere hundert bis weit über tausend Euro kosten, abhängig vom Zeitaufwand.

Als Mindestanforderungen an den Inhalt der qualifizierten ärztlichen Bescheinigung verlangt der Gesetzgeber die Schilderung der tatsächlichen Umstände, auf deren Grundlage die fachliche Beurteilung erfolgt ist (insbesondere Anamnese, Ergebnisse von Untersuchungen), die Methode der Tatsachenerhebung (zum Beispiel vorgenommene Untersuchungen, Konsultationen von Kolleg_innen), die Diagnose, unter Verwendung des lateinischen Namens oder der Klassifizierung der Erkrankung nach dem Klassifizierungssystem der Weltgesundheitsorganisation, eine Einschätzung des Schweregrads der Erkrankung sowie die krankheitsbedingten Folgen und die Bezeichnung der erforderlichen Medikamente.⁵³ Diese Anforderungen orientieren sich im Wesentlichen an den vom Bundesverwaltungsgericht bereits 2007 entwickelten Kriterien zum Nachweis einer Posttraumatischen Belastungsstörung.⁵⁴ Die gesetzliche Regelung findet nun Anwendung auf alle Arten von Krankheiten.

Der Gesetzgeber hat im Rahmen des „Geordnete Rückkehr-Gesetzes“ auch festgelegt, wer diese Bescheinigungen ausstellen darf: Es werden nur noch qualifizierte Bescheinigungen von Ärzt_innen anerkannt. Diese Einschränkung hat in erster Linie Auswirkungen auf Menschen, die psychische Erkrankungen geltend machen. In der psychischen Gesundheitsfürsorge sind neben Psychiater_innen auch psychologische Psychotherapeut_innen tätig, deren Stellungnahmen nun formal nicht mehr ausreichen, selbst wenn sie die inhaltlichen Anforderungen erfüllen.⁵⁵ Sie finden in der Rechtsprechung der Obergerichtspräsidenten zwar teilweise noch Berücksichtigung. Allerdings werden zusätzliche Anhaltspunkte verlangt, die auf eine relevante

⁵¹ Bergmann / Dienelt (2020), § 26 Rn. 5.

⁵² Bundesverwaltungsgericht (1991): Beschluss vom 19.03.1991, 9 B 56/91, Rn 5 mit weiteren Nachweisen zur richterlichen Aufklärungspflicht.

⁵³ Siehe § 60 a Abs. 2c S. 3 Aufenthaltsgesetz (AufenthG).

⁵⁴ Bundesverwaltungsgericht (2007): Urteil vom 11.09.2007, 10 C 8/07, Rn. 15.

⁵⁵ Kritisch hierzu etwa: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer / Bundespsychotherapeutenkammer (16.05.2019).

psychische Erkrankung hinweisen, um der gesetzlichen Regelung zu entsprechen.⁵⁶ Auch laut der Dienstanweisung Asyl – einer internen Anweisung für die BAMF-Mitarbeiter_innen, die die Asylanträge prüfen – reichen Bescheinigungen von Psycholog_innen oder Psychotherapeut_innen für sich genommen nicht für die Begründung eines zielstaatsbezogenen Abschiebungsverbots aus, können aber eine weitere Sachaufklärungspflicht des BAMF auslösen.⁵⁷

Fallbeispiel: Traumatisierter junger Mann aus Afghanistan, dessen Krankheit nicht erkannt und Atteste nicht berücksichtigt werden

Herr B.⁵⁸ aus Afghanistan wird als Minderjähriger mehrfach von zwei islamistischen Kämpfern (sogenannten Mudschaheddin) in seinem Dorf misshandelt und vergewaltigt. Der Vater versucht vergeblich, die Sache zur Anzeige zu bringen, wird aber bei der Polizei aus Furcht vor den Mudschaheddin abgewiesen. Herr B. wird infolge der Taten im Dorf als „Schwuler“ bezeichnet. In den Folgejahren wird er immer wieder gedrängt, sich den Mudschaheddin anzuschließen. Da er sich weigert, wächst der Druck auf ihn und seine Familie. Sein Vater wird misshandelt und das Haus niedergebrannt.

Herr B. entschließt sich zur Flucht und kommt über den Iran 2012 nach Deutschland. In seinem Asylverfahren erwähnt er die Vergewaltigungen nicht. Sein Bericht über die Bedrohungen durch die Mudschaheddin wird vom BAMF im Ablehnungsbescheid als Lüge angesehen. Seine Zurückhaltung, ausweichenden Schilderungen und reduzierte Mimik werden als klassische Lügensignale eingeordnet. Auch bei der Verhandlung im anschließenden Klageverfahren ist er nicht in der Lage, von der erlittenen sexuellen Gewalt zu sprechen. Seine Klage wird abgelehnt. Er wird zunächst geduldet.

2016 stellt er einen erneuten Asylantrag in Deutschland, der ebenfalls abgelehnt wird.

Herr B. klagt wieder gegen die Ablehnung, was ihn aber aufgrund des Folgeantrags nicht vor der drohenden Abschiebung schützt. Er erleidet einen Zusammenbruch und wird daraufhin stationär wegen akuter Suizidalität behandelt. Seitdem leidet er an schweren Angstzuständen. Er ist zu dem Zeitpunkt weiterhin im Besitz einer Duldung. Bei einem Termin in der Ausländerbehörde wird er verhaftet und in Abschiebungshaft genommen. Seine Abschiebung zwei Monate später wird am Flughafen vom Bundesverfassungsgericht per Eilbeschluss wegen Formfehlern gestoppt. Einige Wochen später wird er aus der Abschiebungshaft entlassen, muss aber jede Woche bei der Ausländerbehörde zur Duldungsverlängerung vorsprechen, was ihn psychisch sehr belastet.

Erst jetzt erhält er Kontakt zu einem psychosozialen Behandlungszentrum und kann nach mehreren Sitzungen erstmals von den Vergewaltigungen erzählen. Die dortige Fachärztin erstellt für das Verwaltungsgericht, bei dem seine zweite Klage immer noch anhängig ist, eine 19-seitige Stellungnahme und diagnostiziert eine Posttraumatische Belastungsstörung, eine rezidivierende depressive Störung und eine generalisierte Angststörung mit Suizidalität. Es folgt ein zweimonatiger stationärer Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus wegen Suizidalität. Der Entlassungsbrief der Klinik bestätigt die vorherige Diagnose.

Das Verwaltungsgericht beauftragt seinerseits eine Fachärztin mit einer Begutachtung. Diese kommt zu den gleichen Schlüssen wie die Kolleg_innen.

Das Gericht fragt daraufhin das BAMF an, ob es aufgrund der vorliegenden Atteste seine Entscheidung abändert und ein krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot nach § 60 Absatz 7 AufenthG erteilt. Das BAMF lehnt mit der Begründung ab, dass die Geschichte des sexuellen Missbrauchs aufgrund der früheren Anhörungsprotokolle nicht glaubwürdig sei und

⁵⁶ So etwa Oberverwaltungsgericht Sachsen-Anhalt (2016): Beschluss vom 30.08.2016, 2 O 31/16, Rn. 7 ff.

⁵⁷ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019b), S. 229.

⁵⁸ Hier und im weiteren Verlauf des Textes wurden Name und einige Aspekte des Falls zum Schutz der Betroffenen geändert. Die Fälle wurden von Beratungsstellen und Anwält_innen geschildert.

deshalb die ärztlichen Diagnosen nicht nachvollziehbar seien. Die fachliche Expertise der Fachärzt_innen findet bei der Bewertung keine Berücksichtigung.

Das Verwaltungsgericht hingegen erachtet die Atteste für nachvollziehbar und spricht Herrn B. Ende 2017 in seinem Urteil ein krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot zu.

2.2.2 Anforderungen an und Herausforderungen für Ärzt_innen

Aus Praxisberichten und Studien wird deutlich, dass Ärzt_innen die an sie gestellten Anforderungen zur Begutachtung (potenzieller) Abschiebungshindernisse nur unzureichend erfüllen können. Unter anderem liegt dies daran, dass das Formulieren der qualifizierten ärztlichen Bescheinigung teilweise sehr komplex ist. Auch fehlen zum Teil die notwendigen Rahmenbedingungen, wie eine angemessene und gesicherte Vergütung. Diese Schwierigkeiten treten insbesondere bei der Begutachtung von psychischen Erkrankungen auf, bei denen es sich häufig um komplexe Krankheitsbilder handelt. Beide Aspekte werden im Folgenden ausgeführt.

Um eine aus rechtlicher Sicht qualifizierte ärztliche Bescheinigung auszustellen, auf deren Grundlage die Behörde prüft, ob ein krankheitsbedingtes Abschiebungshindernis vorliegt, braucht es rechtliches und verfahrensbezogenes Wissen. Die interviewten Ärzt_innen- und Therapeut_innen sowie Anwalt_innen schildern, dass den zur Begutachtung angefragten Ärzt_innen dieses Fachwissen teilweise fehle. Lügen die Atteste aber nicht in der gesetzlich vorgeschriebenen Form vor, würden sie teilweise bei den Gerichten (oder Behörden) nicht berücksichtigt. Eine Anwältin, die regelmäßig Mandant_innen im Kontext krankheitsbedingter Abschiebungshindernisse vertritt, berichtet:

„der niedergelassene Psychiater [...] schreibt diese Atteste nicht in dieser Form, viele Leute können es nicht, weil es wahrscheinlich nie gelernt wurde, [...] ich erlebe das die ganze Zeit, dass die Ärzte das nicht schreiben, und [...] der Richter kann sagen das Attest erfüllt die Grundvoraussetzungen nicht, der Fall ist tot.“ (Interview 7)

Geschildert wird außerdem, dass es „Verfahrenswissen“ bräuchte, um gute Atteste erstellen zu können: Ärzt_innen müssten wissen, welche Rolle ihr Attest im aufenthaltsrechtlichen Verfahren hat. Sie seien es nicht gewohnt, ihre Diagnosen so ausführlich zu begründen, wie es zur Prüfung krankheitsbedingter Abschiebungshindernisse notwendig sei.⁵⁹

Die Anforderungen an ein medizinisches Gutachten sind in professionellen Standards formuliert, beispielsweise allgemein zur medizinischen Begutachtung oder zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (SPBM).⁶⁰ Die sogenannte SPBM-Fortbildung wurde 2002 gemeinsam von der Ärzteschaft, dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat und dem BAMF entwickelt und ist von der Bundesärztekammer als Fortbildung zertifiziert. Sie ist aber keine Voraussetzung, um eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung ausstellen zu können. Die Länder stellen Listen mit qualifizierten (heißt: SPBM-fortgebildeten) Ärzt_innen bereit, die zur Begutachtung empfohlen werden.⁶¹ Der Deutsche Ärztetag hat die Behörden mehrfach aufgefordert, bei der medizinischen, insbesondere bei der psychologischen Beurteilung von Geflüchteten in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und bei der ärztlichen Untersuchung vor einer Abschiebung qualifizierte Gutachter_innen einzusetzen.⁶²

Das Ausstellen von Gutachten, wie es insbesondere bei psychischen Erkrankungen als notwendig angesehen wird, birgt für Ärzt_innen wenig Anreiz. So wird geschildert, dass angefragte Psychiater_innen häufig auch deshalb Anfragen nach Gutachten ablehnen, weil der Aufwand die Kosten

59 Frankfurter Rundschau (07.01.2019).

60 Marx / Gaidzik (2019); Gierlichs u. a. (2012).

61 Öffentlich verfügbar sind lediglich die Listen von Bayern, Berlin und Nordrhein-Westfalen: https://www.sbpbm.de/?page_id=276 (abgerufen am 26.02.2021).

62 Siehe etwa: Bundesärztekammer (2015), S. 274 f.; Bundesärztekammer (2016) S. 29 f.

nicht decke, das Ausmaß der Vergütung unklar sei oder Vergütungen ausfielen, wenn Betroffene abgeschoben werden (Interview 4: Psychiaterin, Interview 7: Anwältin). Auch sei unklar, ob sich Behörden oder Gerichte sachlich fundiert mit dem Gutachten und qualifizierten ärztlichen Bescheinigungen auseinandersetzen.

Die Folge sei, so die interviewten Expert_innen einhellig, dass nur sehr wenige Ärzt_innen überhaupt Gutachten ausstellen würden. Den Mangel bekämen nicht nur die Betroffenen zu spüren, sondern auch die Behörden, die auf externe Gutachter_innen angewiesen sind, aber keine finden. Diejenigen Ärzt_innen, die Gutachten ausstellen (vor allem solche für psychische Erkrankungen), seien mit der Zahl der Anfragen überfordert.⁶³

Aus Sicht der hierzu befragten Interviewpartner_innen fehlt es zudem an Transparenz über den Umgang mit Attesten und Gutachten im behördlichen und gerichtlichen Entscheidungsprozess. Zwar wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es auch (gute) Anerkennungspraxis gäbe, aber viele Fragen bleiben aus Sicht der Befragten offen:

- Welche Maßstäbe werden an die qualifizierten ärztlichen Bescheinigungen angelegt?
- Reichen ausführliche Atteste oder Krankenhausentlassbriefe oder braucht es ein externes Gutachten?
- Warum würden teilweise fachlich sehr gute Atteste oder Gutachten abgelehnt?⁶⁴

Der Leiter eines psychosozialen Zentrums, das viele Asylsuchende mit psychischen Erkrankungen unterstützt, berichtet, dass die Entscheidungen teilweise nicht sachlich begründet seien, sondern von der jeweils entscheidenden Person (Entscheider_in) abhängen würden (Interview 1). Nicht selten würden die Gutachter_innen sich vonseiten der Behörden außerdem mit dem Vorwurf von „Gefälligkeitsgutachten“ im Sinne der Geflüchteten konfrontiert sehen.⁶⁵

Aus Sicht der Interviewpartner_innen fehlt außerdem eine Begriffsklärung an der Schnittstelle der behördlichen Praxis und dem medizinischen beziehungsweise psychologischen Fachverständnis. Dies führt zu unterschiedlichem Sprachgebrauch und mangelnder Information zwischen den Vertreter_innen von juristischen/verwaltungsbezogenen Berufen (Richter_innen, Behördenmitarbeiter_innen) und von Heilberufen (Ärzt_innen, Psychotherapeut_innen). Immer wieder seien sie deshalb mit Fragen konfrontiert wie:

- Wie lässt sich eine psychologische Einschätzung nach juristischen Maßstäben bewerten?
- Welche medizinischen Begrifflichkeiten müssen genutzt werden, damit auch medizinische Laien (im BAMF, in der Ausländerbehörde, im Gericht) sie verstehen?
- Welche juristischen Begrifflichkeiten müssen Ärzt_innen kennen, um ein für Jurist_innen „lesbares“ Attest zu erstellen?⁶⁶

Diese Fragen sind bisher weitgehend ungeklärt.

2.2.3 Der Zugang für Betroffene zu qualifizierten ärztlichen Bescheinigungen

Maßgeblich für die Frage, inwieweit die Betroffenen ihrer Pflicht zur Vorlage eines aussagekräftigen Attestes nachkommen können, ist der Zugang zu Fachärzt_innen. Wie schwierig dieser Zugang ist und wie komplex die jeweiligen Hürden miteinander zusammenhängen, verdeutlicht eine interviewte Ärztin:

„Es [ist] im Grunde genommen für einen traumatisierten Geflüchteten, der neu ankommt in Deutschland, unmöglich [...] zu beweisen, dass er oder sie traumatisiert ist, in der Geschwindigkeit wie in AnKER-Zentren momentan Verfahren laufen [...]. Und wenn mehr Zeit wäre, auch dann wäre es extrem schwierig, einen Psychiater zu finden. Therapieplätze sind nicht genug [da], man bräuchte einen Dolmetscher, also es ist ein Ding der Unmöglichkeit, das zu erfüllen.“ (Interview 2)

⁶³ Rafailovic / Gierlichs / Bittenbinder (2006), S. 16. Vergleichbare Erkenntnisse ergeben sich aus einer Studie zu den begutachtenden Amtsärzt_innen im Gesundheitsamt Bremen (2005), S. 30.

⁶⁴ Zur Abgrenzung der Begriffe Attest, qualifizierte ärztliche Bescheinigung und Gutachten: siehe Kasten auf S. 19.

⁶⁵ Auch: Rafailovic / Gierlichs / Bittenbinder (2006), S. 16.

⁶⁶ Siehe auch: Rafailovic / Gierlichs / Bittenbinder (2006), S. 5, 17 f.; siehe hierzu ausführlich: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hg.) (2006), S. 52.

Abbildung 3: Hürden beim Nachweis eines krankheitsbezogenen Abschiebungshindernisses



Im Folgenden werden exemplarisch einige der zentralen Zugangsprobleme aufgezeigt (Abbildung 3). Außerdem wird die besondere Situation von Menschen thematisiert, die in Einrichtungen untergebracht sind, die die Bewegungsfreiheit ganz oder teilweise einschränken – wie AnKER-Zentren und Abschiebehaftanstalten – und somit einen nochmals erschwerten Zugang zu ärztlichen Attesten haben.

Bei den nachfolgend beschriebenen strukturellen Hürden ist stets zu berücksichtigen, dass es sich um Menschen mit schweren körperlichen oder seelischen Erkrankungen handelt. Manche Menschen sind schlicht zu krank, um sich um solche Nachweise zu kümmern.

Verfahrensbeschleunigung

In den vergangenen Jahren wurden Möglichkeiten geschaffen, die Asylverfahren bestimmter Gruppen erheblich zu beschleunigen. So gibt es die

2016 eingeführten „beschleunigten“ Asylverfahren gemäß § 29a Asylgesetz (AsylG); in einigen Außenstellen „Direktverfahren“ für Menschen aus den sogenannten sicheren Herkunftsländern sowie Personen aus Herkunftsstaaten mit einer besonders hohen oder niedrigen Schutzquote sowie schnellere Verfahren in den AnKER-Zentren. Ziel all dieser Verfahren ist es, innerhalb weniger Tage die persönliche Anhörung durchzuführen und die Entscheidung über den Asylantrag zeitnah abzuschließen.⁶⁷ Im Falle einer Ablehnung müssen die Betroffenen innerhalb von ein bis zwei Wochen Klage einreichen, um eine gerichtliche Überprüfung zu erreichen. Bei einer Verkürzung der Verfahren auf wenige Tage besteht die Gefahr, dass Verfahrensrechte, wie die individuelle Asylprüfung und der Zugang zu Rechtsberatung, erheblich eingeschränkt werden. Auch eine Identifizierung von besonderen Schutzbedarfen, wie sie die EU-Aufnahmerrichtlinie,⁶⁸ zu deren Umsetzung Deutschland verpflichtet ist, verlangt, ist in der Kürze der Zeit kaum umsetzbar.

⁶⁷ In den AnKER-Einrichtungen wurde die Zeit zwischen Asylantrag und Anhörung im Schnitt auf elf Tage reduziert: Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (01.08.2019).

⁶⁸ Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26.06.2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen.

Sehr kurze Asylverfahren bedeuten in der Praxis, dass die Menschen, die gerade erst in Deutschland angekommen sind, oft nur wenig Zeit haben, um belastbare Nachweise für eine Erkrankung einzuholen. Die Schwierigkeit für potenziell traumatisierte Menschen, in sehr kurzer Zeit einen Begutachtungsprozess zu organisieren, schildert der Leiter eines psychosozialen Zentrums wie folgt:

„Jemand, der die Anhörung hat, der ganz neu da ist, und dem einfach gesagt wird, sie haben jetzt einen Monat Zeit ein Attest zu bringen, ist in so einer komplett[en] Überforderung, zumal wenn sie natürlich psychisch erkrankt sind. [...] Allein schon zu wissen, wie organisier' ich mir jetzt, dass ich beim BAMF die Frist verlängere. [...] das schaffen wir dann hier, [in der Beratungsstelle...] oder die Rechtsanwälte, wenn die irgendwo schon fest angebunden sind und irgendwas hier demnächst in Aussicht steht. Dann sagen sie [das BAMF] vielleicht noch ein, zwei Monate.“ (Interview 1)

Theoretisch besteht die Möglichkeit, dass die Betroffenen eine Fristverlängerung beim BAMF beantragen. Allerdings, so die Befragten, setze dies voraus, dass bereits ein konkreter Arzttermin in Aussicht steht, beziehungsweise dass die Betroffenen den Zugang zu Informationen über diese Möglichkeit haben.

Erschwerter Zugang zu Informationen und rechtlichem Beistand

Zivilgesellschaftliche Akteure fordern seit Langem eine flächendeckende Asylverfahrensberatung.⁶⁹ 2019 übertrug der Gesetzgeber die Durchführung einer „für die Asylsuchenden freiwillige[n], unabhängige[n] staatliche[n] Asylverfahrensberatung“ (§ 12a AsylG) auf das BAMF. Neben allgemeinen Gruppeninformationen soll auch eine individuelle einzelfallbezogene Beratung, entweder durch das BAMF oder die Wohlfahrtsverbände, angeboten werden. Die Option, die individuelle Beratung auf das BAMF zu übertragen, stößt jedoch auf Kritik bei

der Zivilgesellschaft: Wenn Beratung, Asylprüfung und Entscheidung bei derselben Behörde liegen, drohen Interessenkonflikte, die die Unabhängigkeit der Beratung beeinträchtigen können. Zudem besteht die Befürchtung, dass die etablierten nicht staatlichen Beratungsstrukturen verdrängt werden.⁷⁰

Fraglich ist auch, inwieweit tatsächlich alle Asylsuchenden ihr Recht auf Information wahrnehmen können: In einem 2017 durchgeführten Pilotprojekt des BAMF in den AnKER-Zentren wurde deutlich, dass selbst bei einem Beratungsangebot, wie es im Rahmen der Studie angeboten wurde, nur ein geringer Teil (25 Prozent) aller Beratenen vor der Antragstellung und rund 40 Prozent zur Anhörung beraten wurden. Ein möglicher Grund sei die Schnelligkeit und Taktung des Asylverfahrens.⁷¹

Insgesamt gibt es nur wenig Erkenntnisse zum Verfahrenswissen bei Geflüchteten. Eine Studie aus dem Jahr 2018 zeigt, dass Geflüchtete häufig nur geringe Kenntnisse über das Asylverfahren in Deutschland haben, unter anderem über die Schutzkriterien.⁷² Dazu zählt auch das Wissen um das Geltendmachen von Krankheiten, die eine Abschiebung verbieten.

Auch Interviewpartner_innen berichten, dass Asylsuchenden das Wissen fehle, um krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse geltend zu machen. Das heißt, sie wissen weder, dass ihre Erkrankung womöglich ein Grund sein könnte, um nicht abgeschoben zu werden, noch wie sie dies geltend machen können (Interview 4: Psychiaterin, Interview 16: Flüchtlingsrat). Sie würden „definitiv nicht von den Behörden darüber informiert“, so ein Mitarbeiter eines Landesflüchtlingsrats (Interview 16). Im besten Fall werde dieses Wissen durch eine individuelle, einzelfallbezogene und staatlich unabhängige Verfahrensberatung vermittelt, teilweise aber eben auch erst, wenn die Betroffenen den Weg in Beratungsstellen oder psychosoziale Zentren gefunden hätten (Interview 4: Psychiaterin).

69 Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (12.09.2019).

70 So etwa: Frankfurter Rundschau (15.10.2019); Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. (12.11.2019).

71 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017), S. 34, 39. Der Bericht ist unveröffentlicht. Zu den Gründen: Deutscher Bundestag (26.05.2020) S. 12.

72 Robert Bosch-Stiftung / Sachverständigenrat Deutscher Stiftungen für Integration und Migration (Hg.) (2018), S. 4, 8. Siehe auch: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017), S. 26 f.

Der ungenügende Zugang zu Informationen weist auf die hohe Relevanz einer unabhängigen Beratung beziehungsweise eines rechtlichen Beistands hin. In den Interviews wird deutlich, dass es regional sehr große Unterschiede beim Zugang zu Anwält_innen gibt. Aus einigen Kommunen wird berichtet, dass es für Asylsuchende so gut wie unmöglich ist, einen Rechtsbeistand zu kontaktieren; andernorts sind Termine relativ unproblematisch innerhalb weniger Tage möglich. Für bestimmte Gruppen ist nach Einschätzung der Interviewten der Zugang besonders schwierig, beispielsweise für Analphabet_innen, Menschen mit Behinderungen oder allein reisende Frauen.

Dabei wird der schwierige Zugang zu Informationen sowohl für Personen geschildert, die in großen AnKER-Einrichtungen leben (Interview 19: Sozialarbeiterin), als auch für Asylsuchende, die in abgelegenen Regionen untergebracht sind (Interview 16: Flüchtlingsrat).⁷³ Eine zentrale Rolle komme dabei Unterstützerorganisationen wie Flüchtlingsräten, psychosozialen Zentren oder Ehrenamtsinitiativen zu: Ohne Unterstützung gibt es kaum eine Chance auf Rechtsbeistand.

Bürokratische und rechtliche Hürden: Zugang zum Gesundheitssystem

Menschenrechtliche Gremien mahnen immer wieder an, allen Menschen, unabhängig von ihrem rechtlichen Status, Zugang zu gleicher medizinischer Versorgung zu gewähren.⁷⁴ Asylsuchende und Geduldete haben jedoch in den ersten 18 Monaten keinen Zugang zur medizinischen Regelversorgung, sondern erhalten eingeschränkte Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Der Anspruch aus § 4 AsylbLG beschränkt sich auf die erforderliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Darüber hinaus können weitere Leistungen gewährt werden, „wenn sie im Einzelfall zur Sicherung [...] der Gesundheit unerlässlich sind“ (§ 6 AsylbLG).

(Psycho-) Therapiekosten können im Einzelfall als sonstige Leistung über § 6 AsylbLG abgerechnet werden, wenn sie nachweislich für die Gesundheit unerlässlich sind. Die Entscheidung darüber liegt im Ermessen der Sozialbehörde, die häufig nicht über die notwendige medizinische Kompetenz verfügt.

Aus der Praxis werden verschiedene bürokratische Hürden geschildert, die es den Betroffenen erschweren, eine fachärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen und somit gegebenenfalls Zugang zu Attesten zu bekommen. Die Voraussetzungen für eine ärztliche Behandlung sind dabei regional sehr unterschiedlich.⁷⁵

So sind Asylsuchende in einigen Bundesländern verpflichtet, sich jeden Arztbesuch genehmigen zu lassen. Dies gilt beispielweise in den Ländern, in denen Asylsuchende keine elektronische Gesundheitskarte bekommen. Sie müssen dann für jeden Arztbesuch einen Krankenschein bei der zuständigen Sozialbehörde beantragen.⁷⁶ Wenn die Sachbearbeiter_innen oder Amtsärzt_innen nicht von der Notwendigkeit eines Arztbesuchs überzeugt sind, bekommen Betroffene keinen Krankenschein ausgestellt. Diesen brauchen sie aber, um Fachärzt_innen zu sehen. In der Praxis führt dies dazu, dass aufgrund der auslegungsbedürftigen Tatbestandsvoraussetzungen der Leistungsumfang je nach Bundesland oder Kommune variiert. Teilweise werde die Genehmigung nur erteilt, wenn die Betroffenen bereits nachweisen können, dass sie in Behandlung sind. Diese „Quadratur des Kreises“ beschreibt der Leiter eines psychosozialen Zentrums wie folgt:

„Das Problem aber ist, die [kranken Asylsuchenden] bräuchten ja einen Krankenschein überhaupt erstmal, um zu einem Psychiater zu gehen, Krankenschein kriegen sie aber nur, wenn eigentlich schon was schriftlich vorliegt, warum sie was brauchen.“ (Interview 1).

⁷³ Siehe auch: Deutscher Anwaltsverein (05.07.2018); Bundesrechtsanwaltskammer (2018).

⁷⁴ So etwa: UN, Committee on Economic, Social and Cultural rights (2000) und UN, Committee on Economic, Social and Cultural rights (2009).

⁷⁵ Schammann (2015), S. 175 f.

⁷⁶ Für eine Übersicht zu den Bundesländern, die Asylsuchenden eine elektronische Gesundheitskarte zur Verfügung stellen, siehe: <http://gesundheit-gefluechtete.info/gesundheitskarte/> (abgerufen am 26.02.2021).

Mangel an Fachärzt_innen

Asylsuchende haben oftmals keinen Zugang zu qualifizierten ärztlichen Bescheinigungen, weil es in bestimmten Fachrichtungen an Ärzt_innen mangelt. Dieser Mangel ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Studien und Berichte legen nahe, dass er in einigen Regionen – und unabhängig vom Aufenthaltsstatus der Betroffenen – eine zeitnahe und bedarfsgerechte ambulante Versorgung behindert.⁷⁷

Die befragten Expert_innen berichten, dass insbesondere bei Asylsuchenden mit psychischen Erkrankungen die Nachfrage nach Fachärzt_innen viel größer als das Angebot ist. Laut dem „Geordnete-Rückkehr-Gesetz“ dürfen psychische Erkrankungen nur noch von Psychiater_innen – nicht aber von psychologischen Psychotherapeut_innen – attestiert werden (siehe unter 2.2.1). Das bedeutet, dass sich der Kreis derer, die eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung ausstellen können, weiter verengt hat. Psychiater_innen, die zur Begutachtung angefragt werden, lehnen oft aus Kapazitätsgründen ab, wie eine interviewte Anwältin berichtet:

„ganz viele Asylsuchende [finden] gar keine Psychiater mehr, gerade wenn sie im ländlichen Raum untergebracht sind, dann sagen die Psychiater, bleib weg, ich kann das nicht [mehr ...], sie können die Atteste nicht schreiben.“ (Interview 7).

Vor diesem Problem stünden allerdings nicht nur die Betroffenen und ihre Unterstützer_innen, sondern auch die Behörden, wenn sie auf der Suche nach Gutachter_innen seien.

Auch der Zugang zu Therapeut_innen ist für Asylsuchende deutlich erschwert. Denn selbst wenn deren Gutachten nicht mehr anerkannt werden, könnte die Tatsache, dass sich Betroffene in Behandlung befinden, zumindest als Anhaltspunkt

für eine der Abschiebung entgegenstehende psychische Erkrankung dienen. Die Wartezeiten für einen Therapieplatz bei niedergelassenen Therapeut_innen betragen bundesweit im Schnitt sechs Wochen, wobei es große Unterschiede je nach Region gibt, und eine nicht unerhebliche Anzahl von Patient_innen – selbst Menschen ohne Fluchthintergrund – wartet drei Monate und länger.⁷⁸ Die Wartezeit in einem psychosozialen Zentrum betrug 2017 im Durchschnitt 7,3 Monate auf einen Therapieplatz und 3,8 Monate auf einen Termin zur psychosozialen Beratung.⁷⁹ Außerhalb von psychosozialen Zentren bleibt der Zugang vielen Asylsuchenden, unabhängig von den Wartezeiten, aufgrund des eingeschränkten Behandlungsanspruchs, fehlender Therapeut_innen mit einer Spezialisierung in der Traumatherapie und fehlender Sprachmittlung komplett verwehrt.⁸⁰ Es gibt Anzeichen für eine deutliche Unterversorgung in dem Bereich.⁸¹

Sprachmittlung

Die sprachliche Verständigung ist eine zentrale Grundvoraussetzung, um über seine Rechte informiert zu sein und diese auch durchzusetzen. Hier bestehen gerade in der Informationsvermittlung des Asyl- und Aufenthaltsrechts vielerorts noch Lücken.⁸²

Aus der Praxis wird die fehlende Sprachmittlung als eine zentrale Hürde beim Zugang zu ärztlicher Versorgung beziehungsweise zu ärztlichen Bescheinigungen zum Nachweis eines Abschiebungshindernisses bezeichnet. Insbesondere wenn es um Krankheiten geht, sind sprachliche Barrieren eine Herausforderung für Geflüchtete. Einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK aus dem Jahr 2018 zufolge empfanden über die Hälfte der befragten Geflüchteten es als schwierig bis sehr schwierig, sich in einer Arztpraxis oder in einem Krankenhaus verständlich zu machen (siehe Abbildung 4, S. 27).

77 Neumeier (2017), S. 5, 33–101. Beispiel Brandenburg: Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg (2016), S. 13; Frankfurter Rundschau (22.01.2019).

78 Wächter-Raquet (2016), S. 34; Apotheken Umschau (07.08.2018). Bundespsychotherapeutenkammer (11.04.2018), S. 5 ff.

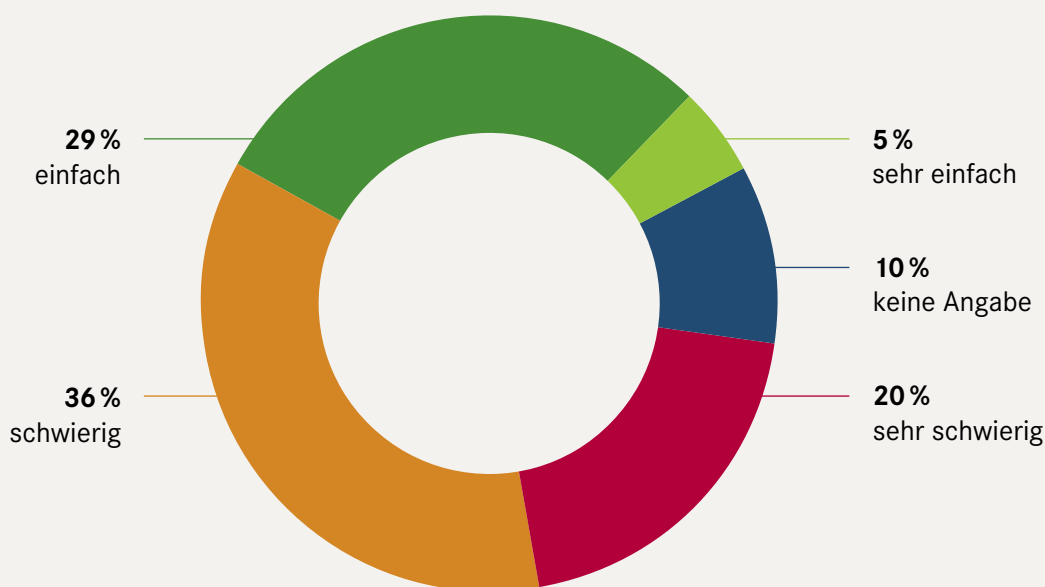
79 Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2019), S. 103.

80 Vgl. Wächter-Raquet (2016), S. 33; Hausmann (2020), S. 10.

81 Göppfarth / Bauhoff (2017), S. 49.

82 Robert Bosch-Stiftung / Sachverständigenrat Deutscher Stiftungen für Integration und Migration (Hg.) (2018), S. 25.

Abbildung 4: Wie einfach ist es für Sie, sich in einer Arztpraxis oder in einem Krankenhaus verständlich zu machen?



Eigene Darstellung. Datenquelle: Schröder / Zok / Faulbaum (2018), S. 19. Befragt wurden 2021 erwachsene Geflüchtete aus Syrien, dem Irak und Afghanistan, die nicht länger als zwei Jahre in Deutschland sind und in den Aufnahmeeinrichtungen leben.

Gerade beim Zugang zu psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung ist die mangelnde sprachliche Verständigung eine der zentralen Hürden.⁸³ Einen Anspruch auf Sprachmittlung oder Kostenerstattung gibt es nicht. Im Zusammenhang mit medizinischen Leistungen kann ein Antrag auf Übernahme der Kosten für eine Sprachmittlung auf Grundlage des § 6 AsylbLG bei der zuständigen Sozialbehörde gestellt werden, die Behörde entscheidet im Ermessen über die Kostenerstattung.

Bei von den Krankenkassen finanzierten Therapien liegt die Verantwortung für die Suche nach Sprachmittler_innen und die Kostenerstattung

bei den Psychotherapeut_innen selbst.⁸⁴ Die langen Bearbeitungszeiten der Sozialbehörden kommen als weitere Hürde hinzu.⁸⁵ In der Praxis führt die ungeklärte und langwierige Kostenerstattung dazu, dass Therapien nicht möglich sind, Sprachmittler_innen zum Teil nicht bezahlt werden oder die Kosten durch die Psychotherapeut_innen selbst übernommen werden.⁸⁶

Wie die Sprachmittlung organisiert ist beziehungsweise ob und in welchem Umfang (für welche Sprachen und welche Dienste) Sprachmittler_innen für Betroffene zur Verfügung stehen, ist regional sehr unterschiedlich. In einigen Bundes-

⁸³ Hausmann (2020), S. 20.

⁸⁴ Ebd., S. 10.

⁸⁵ Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (10.12.2018); Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2018).

⁸⁶ Hausmann (2020), S. 10.

ländern gibt es landesseitig geförderte Modellprojekte zum Aufbau von Sprachmittlungspools.⁸⁷ Für die Sprachmittlung im Bereich der psychotherapeutischen Beratung und Psychotherapie sind dabei besondere Voraussetzungen notwendig, da es neben der präzisen Übersetzung auch um die Schaffung von Vertrauen zwischen Therapeut_in und Klient_in geht.⁸⁸

Finanzielle Hürden: Kosten für Gutachten

Aufgrund der geringen finanziellen Mittel, die den meisten Asylsuchenden zur Verfügung stehen, sind die Kosten für ein psychiatrisches Gutachten eines der zentralen Zugangshindernisse. Auch wenn Gutachten für den Nachweis einer Erkrankung von Gesetzes wegen nicht erforderlich sind, entsteht gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen der Eindruck, dass die Behörden, wenn überhaupt, nur noch ausführliche Gutachten anerkennen (siehe unter 2.2.2).⁸⁹

Gibt das BAMF oder die Ausländerbehörde ein Gutachten in Auftrag, übernimmt die jeweilige Behörde auch die Kosten. Im Rahmen der Asylprüfung kämen eigene Gutachten allerdings nur als letztes Mittel in Betracht, zum Beispiel, wenn verschiedene, sich widersprechende ärztliche Stellungnahmen vorliegen (Interview 6: BAMF-Mitarbeiterin). Bezüglich der Ausländerbehörden wird von kommunal sehr unterschiedlichen Praktiken berichtet, ob Gutachten in Auftrag gegeben werden oder nicht: Teilweise geschehe dies „ohne Probleme“ (Interview 19: Sozialarbeiterin), in anderen Regionen aber „grundsätzlich nicht“ (Interview 4: Psychiaterin).

Üblicherweise liegt es daher in der Hand der Betroffenen, Abschiebungshindernisse mithilfe qualifizierter ärztlicher Bescheinigungen nachzuweisen. Eine psychiatrische Begutachtung kostet zwischen 370 und 940 Euro (Interview 18: Übersetzerin medizinischer Dienst). In der Praxis sind Betroffene

kaum in der Lage, dieses Geld aufzubringen. In den Interviews berichten begutachtende Ärzt_innen, aber auch Psychotherapeut_innen und weitere Berater_innen, dass die Kosten dann teilweise von privaten oder organisierten Unterstützer_innen getragen werden.

Grundsätzlich wäre auch eine Kostenerstattung über § 6 Absatz 1 AsylbLG als sonstige Leistung möglich. Darüber können auch Leistungen gewährt werden, die im Einzelfall für die Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. In der Praxis sei dies – laut einer interviewten Anwältin – aber unrealistisch, weil zu langwierig (Interview 7).

Verschärfung der Hürden in AnkER-Zentren und Abschiebungshaft

Zu den beschriebenen praktischen und bürokratischen Hürden kommt für Menschen, die in AnkER-Zentren oder AnkER-ähnlichen Einrichtungen untergebracht sind oder in Abschiebungshaft sitzen, noch die eingeschränkte Bewegungsfreiheit und isolierte Lage hinzu. Der Zugang zu fachärztlicher Behandlung und die damit verbundene Ausstellung von qualifizierten Bescheinigungen sowie zu rechtlicher Beratung und Informationen werden dadurch noch weiter erschwert.

AnkER-Zentren stoßen auf vielen Seiten auf Kritik, unter anderem bei Wohlfahrtsverbänden, dem deutschen Gewerkschaftsbund, der Polizeigewerkschaft, dem Deutschen Anwaltsverein und Nichtregierungsorganisationen.⁹⁰ Die große Zahl an Menschen auf engstem Raum, Perspektivlosigkeit, fehlende Privatsphäre und fehlende Schutzzräume für Familien und besonders vulnerable Personen befördern psychische Erkrankungen. Die Organisation Ärzte der Welt, die eine regelmäßige psychologische Sprechstunde im bayerischen AnkER-Zentrum Manching/Ingolstadt angeboten hatte, zog sich Ende Oktober

⁸⁷ So etwa: in Bremen: Modellprojekt Sprachmittlungspool (<https://www.refugio-bremen.de/sprachmittlung/>); in Hamburg: Segemi e.V. (https://www.segemi.org/sprachmittlung_pschotherapie.html); in Mecklenburg-Vorpommern (https://www.landtag-mv.de/fileadmin/media/Dokumente/Parlamentsdokumente/Drucksachen/7_Wahlperiode/D07-4000/Drs07-4178.pdf, S. 46) (alle abgerufen am 26.02.2021).

⁸⁸ Schriefers / Hadzic (Hg.) (2018), S. 18

⁸⁹ Zur Abgrenzung der Begriffe Attest, qualifizierte ärztliche Bescheinigung und Gutachten: siehe Kasten auf S. 19.

⁹⁰ DGB Bildungswerk (2018) mit weiteren Quellen.

2019 mit Verweis auf die „krankmachenden Umstände“ aus der Unterkunft zurück.⁹¹

Der UN-Ausschuss gegen Folter kritisierte 2019 die AnKER-Zentren in Deutschland, unter anderem wegen der oftmals isolierten Lage und des fehlenden Zugangs zu wesentlichen medizinischen und sozialen Diensten vor Ort.⁹² In Unterkünften, die außerhalb von städtischen Ballungszentren liegen, sind die Menschen in erster Linie auf die medizinische Versorgung in der Unterkunft angewiesen. Die Ausgestaltung ist Ländersache, Vorgaben des Bundes gibt es diesbezüglich nicht. Entsprechend groß ist die Bandbreite der medizinischen Versorgung vor Ort, beispielsweise ob dauerhaft Ärzt_innen in den Unterkünften anwesend sind, welche Fachrichtungen vertreten sind und welche Befugnisse diese haben. Bundesweite Erkenntnisse zur medizinischen Versorgungslage in den Unterkünften liegen nicht vor.

Aus einer Abfrage bei den zuständigen Ministerien der Länder ergibt sich, dass es in einem Drittel der Bundesländer keine landesweiten Vorgaben vonseiten der Landesregierung zur medizinischen Versorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen und AnKER-Zentren gibt.⁹³ Aus der Abfrage ergibt sich auch, dass in den AnKER-Zentren und AnKER-ähnlichen Einrichtungen überwiegend allgemeinmedizinische Sprechstunden stattfinden, die von Ärztezentren (zum Beispiel Bayern), Gesundheitsämtern oder Honorarärzt_innen (zum Beispiel Sachsen) oder einzelnen Ärzt_innen (zum Beispiel Mecklenburg-Vorpommern) vor Ort durchgeführt werden.⁹⁴ Zum Teil finden tageweise fachärztliche Sprechstunden statt. Bezüglich der AnKER-Zentren Regensburg, Manching und Deggendorf in Bayern wird von einer schlechten Gesundheitsversorgung und mangelndem Zugang zu Fachärzt_innen berichtet.⁹⁵

Der nachfolgende Fall zeigt beispielhaft, was der fehlende Zugang zu fachärztlicher Versorgung in

einer AnKER-ähnlichen Einrichtung bedeuten kann: Zwingend notwendige Behandlungen bleiben verwehrt, wodurch sich die Gesundheit der Betroffenen erheblich verschlechtern kann. Der fehlende Zugang zu Fachärzt_innen bedeutet auch, dass die Betroffenen nicht in der Lage sind, Nachweise für eine schwere Erkrankung gegenüber den Behörden zu erbringen.

Fallbeispiel: Langjährige Diabetikerin ohne Zugang zu notwendiger Behandlung in Erstaufnahmeeinrichtung

Frau L.⁹⁶ ist seit mehr als sechs Monaten in einer AnKER-ähnlichen Erstaufnahmeeinrichtung (500 Plätze) untergebracht. Die Einrichtung befindet sich in einer ehemaligen Kaserne, die nächsten Ortschaften sind in fünf Kilometern Entfernung. Die nächstgrößere Stadt liegt über 50 Kilometer entfernt.

Sie leidet unter einer schweren Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus). In der Unterkunft gibt es einen Arzt für Allgemeinmedizin, der alle Untersuchungen durchführt und darüber entscheidet, ob im Einzelfall eine Überweisung zu Fachärzt_innen notwendig ist. Ohne eine derartige Überweisung können die Bewohner_innen keine Ärzt_innen außerhalb der Unterkunft aufsuchen.

Da Frau L. auf das Essen in der Kantine angewiesen ist und keine Möglichkeit hat, sich selbst zu versorgen und ihre Diät einzuhalten, schwanken ihre Blutzuckerwerte stark. Zudem lösen die Lebensumstände in der Unterkunft regelmäßig Stress bei ihr aus, die den Blutzuckerwert zusätzlich beeinflussen. Wie mit dem Blutzuckermessgerät umzugehen ist, wurde ihr nie hinreichend erklärt. Daher kann sie auch nicht durch das Spritzen von Insulin flexibel auf die schwankenden Blutzuckerwerte reagieren.

91 Ärzte der Welt (26.09.2019). Zu den Umständen in den Unterkünften (hier Bayern) siehe unter anderem Süddeutsche Zeitung (26.09.2019).

92 UN, Ausschuss gegen Folter (2019), Rn. 28.

93 Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen (Antwort der zuständigen Länderministerien auf Fragebogen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Stand März/April 2020)).

94 Antwort der zuständigen Länderministerien auf Fragebogen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Stand März/April 2020).

95 Mouzourakis, Minos u. a. (2019), S. 8; BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Landtag Bayern (2019), S. 19 ff.; Bergmeyer (2020), S. 4.

96 Hier und im weiteren Verlauf des Textes wurden Name und weitere Aspekte des Falls zum Schutz der Betroffenen geändert. Die Fälle wurden geschildert von Beratungsstellen und Anwalt_innen.

In der Folge wird sie mehrmals ins Krankenhaus eingeliefert und einmal zehn Tage stationär aufgenommen. Die dortigen Ärzt_innen empfehlen dringend, eine Diabetes-Schulung für Frau L. Der zuständige Arzt in der Unterkunft misst jedoch weiterhin lediglich einmal die Woche den Blutzucker, weitergehende Informationen oder Schulungen erhält Frau L. nicht. Auch eine Überweisung an eine_n Diabetolog_in findet nicht statt.

Frau L. klagt bereits seit längerem über schwindendes Sehvermögen und Brennen in den Augen. Regelmäßige Kontrolluntersuchungen auf typische Folgeerkrankungen des Diabetes, wie zum Beispiel Augenhintergrundveränderungen, Einschränkungen der Nierenfunktion oder Nervenschädigungen werden nicht durchgeführt. Eine Überweisung an Fachärzt_innen unterbleibt.

Vor der Unterkunft findet einmal im Monat eine kostenlose medizinische Sprechstunde von ehrenamtlich tätigen Ärzt_innen statt. Wiederholt weisen diese gegenüber dem Arzt in der Unterkunft auf den akuten Behandlungsbedarf von Frau L. hin und dringen darauf, sie engmaschig medizinisch zu begleiten – ohne Erfolg.

Erst als Frau L. in ein Kirchenasyl aufgenommen wird und die Unterkunft verlässt, erfolgt eine adäquate Behandlung ihrer Diabetes-Erkrankung in einem dafür spezialisierten Zentrum.

Auch für Menschen, die in Abschiebungshaft sind, ist der Zugang zu fachärztlicher Behandlung und die damit verbundene Ausstellung von qualifizierten Bescheinigungen besonders schwierig. 2019 war die Anzahl der Inhaftierten in fast allen Bundesländern im Vergleich zu den Vorjahren deutlich angestiegen.⁹⁷ Die Abschiebungshaft wurde im Geordnete-

Rückkehr-Gesetz 2019 noch einmal verschärft. Neben der Einführung weiterer Haftgründe ist nun auch wieder die Unterbringung in Strafvollzugsanstalten möglich. Der Vollzug der Abschiebungshaft ist Ländersache.⁹⁸ Aus einer Abfrage bei den zuständigen Ministerien der Länder ergibt sich, dass es keine länderspezifischen Regelungen zur medizinischen Versorgung in den Abschiebehaftanstalten gibt.⁹⁹ Das Landesrecht verweist überwiegend lediglich auf die bundesgesetzlichen Vorschriften, das heißt, auf den Leistungsumfang gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG. Es obliegt somit in der Regel der jeweiligen Hafteinrichtung, die konkreten Gesundheitsleistungen näher auszugestalten.

Zur ärztlichen Versorgung in den Abschiebehaftanstalten liegen nur sehr vereinzelte Informationen vor. Diese weisen auf eine teilweise unzureichende medizinische Versorgung der Insass_innen hin: Bei einem Besuch in der bayerischen Abschiebungshafteinrichtung im Justizvollzug Eichstätt im Jahr 2018 stellte der Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) beispielsweise fest, dass medizinische Untersuchungen teilweise zu oberflächlich durchgeführt wurden¹⁰⁰ und bei ärztlichen und psychologischen Gesprächen meist keine Dolmetscher_innen hinzugezogen wurden beziehungsweise die Sprachmittlung mitunter durch Mithäftlinge erfolgte.

Die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter stellte bei Besuchen in der Unterbringungseinrichtung für Ausreisepflichtige Büren (Nordrhein-Westfalen) und der Abschiebungshaftanstalt Darmstadt (Hessen) fest, dass in beiden Einrichtungen weder eine psychologische noch eine psychiatrische Fachkraft vor Ort angestellt war.¹⁰¹ Im Ausreisegewahrsam in Hamburg fand zum Zeitpunkt des Besuchs (März 2017) überhaupt keine ärztliche Eingangsuntersuchung statt.¹⁰²

97 Antwort der zuständigen Länderministerien auf Fragebogen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Stand März/April 2020). Es erfolgt allerdings keine einheitliche Erhebung der Zahlen durch die Bundesländer. Beispielsweise wird in einigen Bundesländern die Unterbringung von Personen aus anderen Bundesländern mitgezählt. Teilweise liegen nur Zahlen zu einzelnen Regionen aus den Bundesländern vor.

98 In neun Bundesländern gibt es eigene Abschiebungshaftvollzugsgesetze, in den übrigen Bundesländern wird das Strafvollzugsgesetz angewendet.

99 Antwort der zuständigen Länderministerien auf Fragebogen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Stand März/April 2020).

100 Europarat, Europäischer Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) (09.05.2019), S. 31 ff. So waren etwa Selbstverletzungen nicht registriert und in die Krankenakte aufgenommen worden.

101 Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (2018a), S. 6; Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (2018b), S. 6.

102 Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (2017a), S. 5.

Der UN-Ausschuss gegen Folter fordert zu Beginn jeder Art von Haft verpflichtende medizinische Untersuchungen von unabhängigem und qualifiziertem ärztlichem Personal. Die Inhaftierten sind dabei systematisch auf Anzeichen für psychische Erkrankungen, Traumata und Suizidrisiken zu untersuchen.¹⁰³

Vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl von Menschen, die in den AnkER-Zentren und AnkER-ähnlichen Einrichtungen sowie der Abschiebungshaft untergebracht sind, muss sichergestellt sein, dass der Zugang zu umfassender Gesundheitsversorgung sowie der Zugang zum Recht effektiv gewährleistet ist. Die Berichte aus der Praxis legen nahe, dass diesbezüglich große Defizite vorliegen. Sind Menschen in entlegenen Massenunterkünften untergebracht, sind sie auf die Angebote vor Ort angewiesen, die sehr unterschiedlich ausgestaltet sein können. Dadurch besteht die Gefahr, dass der Zugang zu unabhängigen Beratungsstrukturen und Rechtsbeistand vielfach eingeschränkt wird und Verfahrensrechte nicht wahrgenommen werden können.

Im Hinblick auf die Abschiebungshaft ist darüber hinaus stets zu beachten, dass Freiheitsentzug das letzte Mittel sein muss und keiner Strafhaft gleichkommen darf. Die Haft bedeutet für jeden Menschen eine starke psychische und physische Belastung und sollte daher erst recht nicht bei bereits erkrankten Menschen angewendet werden.

2.3 Aufklärungspflicht des BAMF

Deutschland ist menschenrechtlich verpflichtet, vor der Rückführung einer Person in ihr Herkunftsland sicherzustellen, dass ihr dort keine schweren Menschenrechtsverletzungen drohen. Ebenso besteht die europarechtliche Verpflichtung, dass besonders schutzbedürftige Gruppen frühzeitig identifiziert werden und ihnen besondere Verfahrensgarantien zuteilwerden (Erwägungsgrund 29

EU-Asylverfahrensrichtlinie¹⁰⁴, Art. 21, 22 EU-Aufnahmerichtlinie). Die Zugehörigkeit zu einer dieser schutzbedürftigen Gruppen kann bereits ein Anhaltspunkt für das Vorliegen eines krankheitsbedingten Abschiebungsverbots sein. Die asylrechtliche Prüfung durch das BAMF muss so ausgestaltet sein, dass schwerwiegende Gesundheitsgefahren, die bei einer Rückkehr ins Herkunftsland drohen, erkannt werden. In der Praxis sollte während des gesamten Asylverfahrens eine besondere Sensibilisierung für Krankheitssymptome, insbesondere von psychischen Erkrankungen, die nicht leicht zu erkennen sind, gegeben sein.

Insgesamt gibt es wenig Erkenntnisse zur Frage, wie das BAMF krankheitsbedingte Abschiebungsverbote prüft. Vonseiten des BAMF wird das Verfahren wie folgt eingeschätzt: Bezüglich der Anhörung psychisch kranker Personen seien die Mitarbeiter_innen zur Anhörungstechnik ausgebildet und würden somit lernen, welche Anzeichen im Verhalten oder den Aussagen der befragten Person für eine (auch psychische) Erkrankung sprechen könnten. Wenn bereits Kenntnisse über eine mögliche Traumatisierung vorlägen, würden die Anhörungen durch Sonderbeauftragte für Traumatisierte und Folteropfer durchgeführt (Interview 5: BAMF-Mitarbeiterin).¹⁰⁵

Zur tatsächlichen Prüfung von ärztlichen Bescheinigungen verweisen BAMF-Mitarbeiter_innen auf die interne Dienstanweisung Asyl (DA-Asyl)¹⁰⁶, die Hinweise zu den gesetzlichen und gerichtlichen Kriterien für Atteste enthält; die ärztliche Bescheinigung prüfe der oder die jeweilige Entscheider_in, keine gesonderte Prüfstelle. Dies sei immer eine Einzelfallentscheidung (Interview 5 und 6: BAMF-Mitarbeiterin). Wenn eine schwerwiegende Erkrankung im Sinne des § 60 Absatz 7 AufenthG belegt sei, aber noch Unklarheiten bestünden, zum Beispiel hinsichtlich der Prognose und welche Gesundheitsgefahren daraus resultieren, müssten die Antragsteller_innen zunächst weitere Auskünfte von ihren behandelnden Ärzt_innen einholen. Erst

¹⁰³ UN, Ausschuss gegen Folter (2013), Rn. 18.

¹⁰⁴ Richtlinie 13/32/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26.06.2013 zu gemeinsamen Verfahren für die Zuerkennung und Aberkennung des internationalen Schutzes (Neufassung).

¹⁰⁵ Siehe auch ein Interview mit zwei Sonderbeauftragten des BAMF: Bundeszentrale für Politische Bildung (13.11.2018). Sehr allgemeine Informationen vonseiten des BAMF zum Ablauf der Asylprüfung, siehe Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019a).

¹⁰⁶ Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019b).

in einem zweiten Schritt könne eine Untersuchung durch einen vom BAMF beauftragten Arzt erfolgen. Dafür greife man auf Listen der kassenärztlichen Vereinigung zurück. Als letztes Mittel diene die ärztliche Begutachtung. (Interview 5 und 6: BAMF-Mitarbeiterin)

Aus der Praxis der begutachtenden Ärzt_innen wird große Kritik an den Entscheidungen des BAMF geäußert¹⁰⁷: So seien die Entscheider_innen im BAMF nicht oder nicht ausreichend medizinisch geschult, um die vorgelegten ärztlichen Bescheinigungen sachkundig einordnen zu können (Interview 2: Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Interview 4: Psychiaterin). In der Folge seien die Ablehnungen (inhaltlich) oft nicht nachvollziehbar, insbesondere bei psychischen Erkrankungen. Kritik gibt es außerdem an der Anhörung von Personen mit psychischen Erkrankungen, zum Beispiel bei Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Vonseiten zivilgesellschaftlicher Organisationen wird kritisiert, dass eine einheitliche und systematische frühzeitige Erkennung von Personen mit besonderen Bedürfnissen nach wie vor nicht besteht.¹⁰⁸ Trotz Schulung der BAMF-Mitarbeitenden würden schutzbedürftige Personen nicht verlässlich erkannt.¹⁰⁹

Das Bundesverfassungsgericht hat hervorgehoben, dass der verfahrensrechtlichen Sachaufklärungspflicht im Schutzbereich des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit in Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG besonderes Gewicht zukommt.¹¹⁰ Die Anforderungen an die Darlegungspflicht der Antragsteller_innen dürften daher nicht überspannt werden und die Sachaufklärungspflicht verdrängen.¹¹¹ Lehnt das BAMF die vorgelegte Bescheinigung als unsubstantiiert ab, muss es begründen, wie es zu diesem Ergebnis gekommen ist und eine konkrete Auseinandersetzung mit den vorgelegten Nachweisen erkennen lassen.¹¹² Das Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg verwies in einer Entscheidung auf die Pflicht, dem

Vorbringen nachzugehen, soweit sich aus der Anamnese des vorgelegten Attests eine gewisse Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen der diagnostizierten Erkrankung ergibt, auch wenn das Attest nicht den gesetzlichen Anforderungen genügt.¹¹³

2.4 Zwischenfazit

Aus den Praxisberichten wird deutlich, dass die Anforderungen an die qualifizierten ärztlichen Bescheinigungen, die Betroffene zum Nachweis einer Erkrankung vorlegen müssen, sowohl Ärzt_innen als auch die Betroffenen selbst vor große Hürden stellen: Wer diese Bescheinigungen ausstellt, braucht viel Zusatzwissen; die Entscheidungskriterien des BAMF sind nicht transparent und erscheinen teilweise willkürlich. Die Interviews zeigen, dass es für die Betroffenen sehr schwer ist, ihrer Mitwirkungspflicht nachzukommen – etwa aufgrund sehr kurzer Asylverfahrensdauern, unzureichendem Zugang zum Gesundheitssystem, zu Informationen, Anwalt_innen, Fachärzt_innen und Sprachmittlung sowie aufgrund finanzieller Hürden. Besonders betroffen sind Menschen, die in der Abschiebungshaft sitzen oder in entlegenen Massenunterkünften untergebracht sind. Auch für diese Menschen muss sichergestellt sein, dass der Zugang zu umfassender Gesundheitsversorgung sowie der Zugang zum Recht effektiv gewährleistet wird. Nicht zuletzt kann die Erkrankung selbst dazu führen, dass die Betroffenen außerstande sind, die Mitwirkungspflichten zu erfüllen.

Aus den Interviews wird deutlich: Die beschriebenen strukturellen Hürden können im Einzelfall überwunden werden, wenn den Asylsuchenden Unterstützer_innen, beispielsweise Vereine oder Ehrenamtliche, zur Seite stehen; diese helfen, einen Arzttermin, Sprachmittlung oder Kontakt zu einem Rechtsbeistand zu bekommen oder ein Gutachten (teil-)zu finanzieren. Ob es diese Unterstützung gibt, ist regional sehr unterschiedlich.

¹⁰⁷ Ärzteblatt (12.08.2019).

¹⁰⁸ So etwa: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Inneres und Heimat (06.05.2019), S. 190 ff.

¹⁰⁹ So etwa: Thomsen (2019), S. 9.

¹¹⁰ Bundesverfassungsgericht zur gerichtlichen Sachaufklärungspflicht, Die Ausführungen können auch für die behördliche Sachaufklärungspflicht herangezogen werden. Bundesverfassungsgericht (2019): Beschluss vom 24.07.2019, 2 BvR 686/19, Rn. 31.

¹¹¹ Bundesverfassungsgericht (2019): Beschluss vom 24.07.2019, 2 BvR 686/19, Rn. 41.

¹¹² Ebd., Rn. 37 ff.

¹¹³ Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg (2020): Beschluss vom 16.07.2020, 12 N 144.19, Rn 3.

Durch eine vom BAMF unabhängige, flächendeckende Asylverfahrensberatung würden Informationsdefizite verringert und der Zugang zum Recht für die Betroffenen gestärkt. Dabei sollten bereits bestehende Beratungsstrukturen von Wohlfahrtsverbänden genutzt und ausgebaut werden.

Je höher die Anforderungen und die daraus folgenden Hürden für die Betroffenen werden, desto sorgfältiger müssen die Behörden und Gerichte selbst prüfen, ob nicht eine Erkrankung vorliegt, die einer Abschiebung entgegensteht. Entspricht die vorgelegte ärztliche Bescheinigung nicht den Anforderungen, darf vonseiten der Behörden und Gerichte nicht automatisch angenommen werden, dass keine schwerwiegende Krankheit vorliegt. Die Mitwirkungspflichten der Antragsteller_innen dürfen nicht die behördliche und gerichtliche Sachaufklärungspflicht verdrängen. Ansonsten drohen unzulässige Schutzlücken in Bezug auf das Non-Refoulement-Gebot und das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.

Zusätzlich zu den bereits bestehenden Schulungen zum Erkennen insbesondere psychischer Erkrankungen, sollten die Entscheider_innen im BAMF bei der Bewertung von ärztlichen Attesten oder anderen Anhaltspunkten für eine schwerwiegende Erkrankung verpflichtet sein, fachärztlichen Rat hinzuzuziehen.

Mängel im Asylverfahren können in letzter Konsequenz dazu führen, dass eine erkrankte Person abgeschoben wird, die nicht hätte abgeschoben werden dürfen.

3 Bei bestehender Ausreisepflicht

Wird eine Person vollziehbar ausreisepflichtig (weil beispielsweise ihr Asylantrag rechtskräftig abgelehnt worden ist oder der Aufenthaltstitel nicht

verlängert wird) und reist sie nicht freiwillig aus, bereitet die zuständige Ausländerbehörde die Abschiebung ins Herkunftsland vor.

Auch in dieser Phase kann die gesundheitliche Situation der Betroffenen eine Rolle spielen und dazu führen, dass die Durchführung der Abschiebung (vorübergehend) ausgesetzt werden muss. Die Ausländerbehörde hat den einzelnen Betroffenen in diesem Fall eine Duldung gemäß § 60 Absatz 2 Satz 1 AufenthG auszustellen.¹¹⁴ Dabei macht in Deutschland die Anzahl der Duldungen aus medizinischen Gründen nur einen sehr kleinen Anteil der Duldungen insgesamt aus. Am 31. Dezember 2020 waren 3449 Personen aus medizinischen Gründen geduldet (dies sind 1,5 Prozent von insgesamt 235.771 Duldungen).¹¹⁵ Handelt es sich um eine Überstellung in einen anderen EU-Mitgliedstaat im Rahmen des Dublin-Verfahrens, ist das BAMF für die Organisation und die Prüfung möglicher Überstellungshindernisse zuständig, überträgt aber in der Regel die konkrete Umsetzung der örtlichen Ausländerbehörde.

3.1 Begriff der Reisefähigkeit

Ein Abschiebungshindernis aus gesundheitlichen Gründen wird angenommen, wenn die abzuschiebende Person nicht reisefähig ist. Der Begriff der Reisefähigkeit ist gesetzlich nicht geregelt.¹¹⁶ Er wurde von der deutschen Rechtsprechung geprägt und wird aus der verfassungsrechtlichen Schutzpflicht des Staates für Leben und körperliche Unversehrtheit gemäß Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG abgeleitet. In der Rechtsprechung wird eine Reiseunfähigkeit angenommen, wenn die konkrete Gefahr besteht, dass sich der Gesundheitszustand der betroffenen Person durch die Abschiebung wesentlich oder gar lebensbedrohlich verschlechtert und diese Gefahr nicht durch bestimmte Vorkehrungen ausgeschlossen oder gemindert werden kann.¹¹⁷ Anders als bei dem unter 2. beschriebenen Abschiebungsverbot wegen fehlender

¹¹⁴ Dauert das Abschiebungshindernis an, kommt eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 25 Abs. 5 AufenthG in Betracht.

¹¹⁵ Dieser Wert lag seit 2016 immer bei rund zwei Prozent. Deutscher Bundestag (06.04.2021), S. 31-33.

¹¹⁶ Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff der Reisefähigkeit findet sich hier: Akinyosoye / Thallamer / Wiegel (2020).

¹¹⁷ So etwa: Bayrischer Verwaltungsgerichtshof (2007), Beschluss vom 23. 10.2007, 24 CE 07.484, Rn. 21; Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg (2017), Beschluss vom 10.08.2017, 11 S 1724/17, Rn. 27; Oberverwaltungsgericht Schleswig-Holstein (2018), Beschluss vom 26.03.2018, 4 MB 24/18, Rn. 3 f.

Behandelbarkeit einer schwerwiegenden Erkrankung im Herkunftsland, geht es bei der Reiseunfähigkeit um Gesundheitsgefahren, die aufgrund der Abschiebungsmaßnahme an sich drohen.

In Literatur und Rechtsprechung werden zwei Fälle von Reiseunfähigkeit erfasst.¹¹⁸ Zum einen kann die Person transportunfähig sein, das heißt der Vorgang des „Reisens“ an sich führt zu einer Gesundheitsgefährdung (sogenannte Reiseunfähigkeit im engeren Sinne). Das Obergerverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg nahm eine Transportunfähigkeit beispielsweise bei einem an Morbus Crohn erkrankten Mann an, bei dem aufgrund der Gefahr eines Darmverschlusses eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands während des Fluges wahrscheinlich war.¹¹⁹ Auch im Falle einer fortgeschrittenen Schwangerschaft liegt eine (vorübergehende) Reiseunfähigkeit vor.

Darüber hinaus wird Reiseunfähigkeit auch angenommen, wenn die Abschiebung als solche – außerhalb des Transportvorgangs – eine erhebliche Gesundheitsgefährdung für den Betroffenen birgt (sogenannte Reiseunfähigkeit im weiteren Sinne). Das kann beispielsweise der Fall sein, wenn sich aufgrund der psychischen Belastung durch die drohende Abschiebung eine konkrete Suizidgefahr manifestiert¹²⁰ oder die Unterbrechung einer Therapie bei einer Lungentuberkulose eine potenzielle Lebensgefahr darstellt¹²¹. Bei der Reiseunfähigkeit im weiteren Sinne wird der komplette Abschiebungsprozess in den Blick genommen: von der Abholung, gegebenenfalls Inhaft- oder Ingewahrsamnahme, über die Verbringung an den jeweiligen

Abschiebungsort (zum Beispiel Flughafen) bis hin zur Ankunft im Zielstaat und dortigen Übergabe an die Behörden.¹²²

Einen vergleichbaren Prüfungsmaßstab verlangt der Europäische Gerichtshof (EuGH) auch bei Dublin-Verfahren.¹²³

3.2 Vorbereitung und Organisation der Abschiebung

Die Ausländerbehörde ist die für die Abschiebung insgesamt zuständige Behörde (§ 71 Absatz 1 AufenthG).¹²⁴ Ausländerbehörden sind in der Regel auf der kommunalen Ebene angesiedelt. Die Fachaufsicht haben die zuständigen Ministerien der Länder sowie in einigen Ländern zwischengeordnete Behörden.

3.2.1 Gesetzliche Vermutung der Reiseunfähigkeit

Seit 2016 wird gemäß § 60a Absatz 2c Satz 1 AufenthG gesetzlich vermutet, dass gesundheitliche Gründe einer Abschiebung nicht entgegenstehen. Für die Entkräftung dieser Vermutung muss eine Erkrankung glaubhaft gemacht werden. Der Gesetzgeber verlangt dafür die unverzügliche Vorlage einer qualifizierten ärztlichen Bescheinigung, wie beim Nachweis eines Abschiebungsverbots im Asylverfahren (siehe Kapitel 2.2.1).¹²⁵ Kann die Person eine solche Bescheinigung nicht vorlegen, so darf die Behörde eine mögliche Erkrankung nicht berücksichtigen, es sei denn, es liegen anderweitig tatsächliche Anhaltspunkte für eine

118 Bergmann / Dienelt (2020), § 60 a AufenthG, Rn. 28; Hailbronner (2020), § 60 a AufenthG, Rn. 57; Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg (2008) Beschluss vom 06.02.2008, 11 S 2439/07, Rn. 8.

119 Obergerverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg (2018): Beschluss vom 05.09.2018, OVG 11 S 52.18.

120 Obergerverwaltungsgericht Schleswig-Holstein (2018): Beschluss vom 26.03.2018, 4 MB 24/18, Rn. 8.

121 Verwaltungsgericht Düsseldorf (2015): Beschluss vom 19.06.2015, 22 L 486/15.A., Rn. 42.

122 Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg (2008): Beschluss vom 06.02.2008, 11 S 2439/07, Rn. 8.

123 Europäischer Gerichtshof (2017): C.K. u. a. gegen Slowenien, Urteil vom 16.02.2017, C-578/16 PPU, Rn. 75 ff. In der Entscheidung wiesen die Richter den überstellenden Mitgliedstaat unter Bezugnahme auf Art. 4 der Grundrechtecharta (Verbot der unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung) an, im Einzelfall zu prüfen und sicherzustellen, dass durch die Überstellung keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands eintritt. Die Überstellung sei auszusetzen, sofern nicht davon auszugehen sei, dass sich eine solche Gesundheitsverschlechterung durch entsprechende Vorkehrungen und Maßnahmen bei der Überstellung verhindern lasse und der Betroffene unmittelbar nach seiner Ankunft im Zielland Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung erhalte.

124 Bundesverwaltungsgericht (2005): Urteil vom 14.06.2005, 1 C 11/04.

125 Eine Legaldefinition des Rechtsbegriffs „unverzüglich“ findet sich in § 121 Abs. 1 BGB. Als Höchstdauer werden in der Regel zwei Wochen angesehen, vgl. Herberger u. a. (2020), Rn. 15 f. Bei der Geltendmachung einer PTBS muss die Bescheinigung laut Gesetzesbegründung bereits unmittelbar nach Erhalt der Abschiebungsandrohung vorgelegt werden.

schwere Erkrankung vor (§ 60a Abs. 2d S. 2 AufenthG). Mit diesem Ausschluss soll das Einholen von Attesten „auf Vorrat“ verhindert und Verzögerungen im Abschiebungsprozess vorgebeugt werden.¹²⁶

Aufgrund der weitreichenden Folgen für die Betroffenen begegnet diese gesetzliche Regelung allerdings verfassungsrechtlichen Zweifeln. Die Behörde dürfe nicht sehenden Auges durch die Abschiebung eine schwerwiegende Verletzung des Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) bewirken.¹²⁷ Daraus folge, dass die gesetzliche Vermutung die Behörden nicht von der Pflicht entbindet, Anhaltspunkten für eine ernsthafte Erkrankung nachzugehen. Solche Anhaltspunkte sind beispielsweise das Verhalten oder der mündliche Vortrag der Betroffenen, frühere ärztliche oder psychologische Stellungnahmen, vorherige Klinikaufenthalte oder Hinweise Dritter.¹²⁸ Die Behörde habe zudem während der Abschiebung darüber zu wachen, dass die Person keiner erheblichen Gesundheitsgefährdung ausgesetzt ist.¹²⁹

Die unter 2.2.3 beschriebenen Hürden zur Erlangung einer qualifizierten ärztlichen Bescheinigung gelten genauso für den Fall, dass Betroffene eine vermutete Reisefähigkeit entkräften müssen, und können sich vor dem Hintergrund der drohenden Abschiebung zusätzlich verschärfen. Um dem entgegenzuwirken, muss beispielsweise berücksichtigt werden, wenn der behandelnde Arzt aufgrund einer unmittelbar bevorstehenden Abschiebung aus Zeitgründen noch keine umfassende Stellungnahme abgeben konnte.¹³⁰

3.2.2 Prüfung der Reisefähigkeit durch die Ausländerbehörde

Sind Erkrankungen aktenkundig oder gibt es anderweitige Anzeichen dafür, dass die abzuschiebende Person gesundheitlich beeinträchtigt ist, muss die Ausländerbehörde in einem ersten Schritt prognostizieren, ob und in welchem Maße sich der Gesundheitszustand durch die Abschiebung weiter verschlechtert. In einem zweiten Schritt muss sie prüfen, ob und wie der Gesundheitsgefahr durch bestimmte Vorkehrungen begegnet werden kann. Mangels eigener fachlicher Expertise ist für beide Schritte eine ärztliche Konsultation notwendig. Bei psychischen Erkrankungen ist aus Sicht der Rechtsprechung ein psychologisches oder psychiatrisches Gutachten erforderlich und eine möglichst genaue und fundierte Erfassung des Krankheitsbildes.¹³¹ Eine Untersuchung am Abschiebungstag durch einen Notfallmediziner reicht nicht aus.¹³²

In der Praxis wird die Prüfung der Reisefähigkeit durch die Ausländerbehörde sehr unterschiedlich gehandhabt. Eine interviewte Amtsärztin berichtet, dass sich in ihrer Kommune die Ausländerbehörde regelmäßig an das lokale Gesundheitsamt (und somit behördliche Ärzt_innen) wendet und dieses mit der Prüfung beauftragt (Interview 3); alternativ werden externe Gutachter_innen beauftragt.¹³³

Auch aus der Abfrage bei den zuständigen Ministerien der Länder wird deutlich, dass es diesbezüglich eine große Bandbreite gibt, ob Amtsärzt_innen oder Vertrags-/Honorarärzt_innen die Prüfung der Reisefähigkeit übernehmen und ob auf einen größeren Pool oder nur einzelne Ärzt_innen zurückgegriffen werden kann.¹³⁴ Aus anderen Kommunen wird berichtet, dass die Ausländerbehörde keine eigenen Gutachten in Auftrag gibt, sondern die Nachweispflicht allein bei den Betrof-

¹²⁶ Deutscher Bundestag (16.02.2016), S. 19.

¹²⁷ Marx (2016), S. 262.

¹²⁸ Lincoln (2020), S. 353.

¹²⁹ So auch Hailbronner (2020), § 60a Rn. 59; Obergerverwaltungsgericht Sachsen-Anhalt (2016), Beschluss vom 21.06.2016, 2 M 16/16, Rn. 21.

¹³⁰ Bundesverfassungsgericht (2017), Beschluss vom 20.07.2017, 2 BvR 1621/17, Rn. 3 f.

¹³¹ So etwa: Obergerverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen (2007), Beschluss vom 09.05.2007, 19 B 352/07, Rn. 18.; Obergerverwaltungsgericht Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 20.06.2011, 2 M 38/11, Rn. 12 sowie Beschluss vom 21.06.2016, 2 M 16/16, Rn. 5.

¹³² Obergerverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen (2007), Beschluss vom 09.05.2007, 19 B 352/07, Rn. 18.

¹³³ Korzilius / Rabbata (2004), S. 3400.

¹³⁴ Antwort der zuständigen Ministerien der Länder auf den Fragebogen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Stand März/April 2020).

fenen sieht (Interview 4: Psychiaterin). Wenn externe Ärzt_innen beauftragt werden, sehen sich auch die Kommunen mit dem Mangel an qualifizierten Gutachter_innen konfrontiert. Große Unterschiede werden auch bezüglich des Umfangs der Prüfung berichtet: Teilweise wird lediglich die Prüfung der Transportfähigkeit in Auftrag gegeben und nicht der Reisefähigkeit im weiteren Sinne.¹³⁵

Nur wenige Bundesländer haben den zuständigen Behörden konkrete Vorgaben gemacht, wann und unter welchen Voraussetzungen Reisefähigkeitsprüfungen vorgenommen werden sollen. Bremen hat als einziges Bundesland die Sachaufklärungspflicht der Ausländerbehörde unabhängig von der Vorlage eines qualifizierten Attests in einem Erlass konkretisiert: Bei Hinweisen auf eine Suizidalität soll das Gesundheitsamt auch dann eine fachärztliche Begutachtung durchführen, wenn eine private Bescheinigung nicht den Anforderungen entspricht oder zu spät eingereicht wurde. Bei fachärztlichen Gutachten einer psychiatrischen Klinik sei eine Begutachtung durch das Gesundheitsamt zudem in der Regel nicht erforderlich.¹³⁶

Die Bundesregierung hatte noch 2011 gegenüber dem UN-Antifolterausschuss mitgeteilt, dass bei Anzeichen für das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung keine Abschiebung auf dem Luftweg stattfindet.¹³⁷ Von dieser Einschätzung ist sie im Zuge der Gesetzesverschärfungen bei medizinischen Abschiebungshindernissen abgerückt.¹³⁸

Vonseiten der Fachverbände und Anwält_innen wird außerdem Kritik an den Entscheidungen der Ausländerbehörde im Fall von sich widersprechenden Gutachten geäußert. So sei es nicht unüblich, dass die Ausländerbehörde der Einschätzung eines Amtsarztes beziehungsweise einer Amtsärztin pauschal Vorrang gegenüber dem privat eingereichten Attest gebe, mit dem Hinweis auf dessen/deren Unabhängigkeit und Neutralität. Die Bundesländer haben den zuständigen Behörden diesbezüglich keine Vorgaben gemacht.¹³⁹ Das Bundesverwaltungsgericht verlangt eine differenzierte Beurteilung: Das amtsärztliche Attest kann im Konfliktfall dem privaten Attest vorgezogen werden, wenn kein Zweifel an der Sachkunde der Amtsärztin oder des Amtsarztes besteht, und eine fundierte, inhaltliche und nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den Aussagen der Kollegin oder des Kollegen erfolgt ist.¹⁴⁰

3.2.3 Reisefähigkeit: Vorkehrungen der Ausländerbehörde zur Abschiebung kranker Personen

Es gibt keine verbindlichen Vorgaben, wie der Abschiebungsvorgang auszusehen hat, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sich der Gesundheitszustand einer Person durch die Abschiebung verschlechtern könnte. Auch in der Rechtsprechung gibt es dazu keine einheitliche Linie. Die Gerichte stellen sich insbesondere folgende Fragen: Reicht eine ärztliche Begleitung aus oder muss eine Übergabe an ärztliches Personal oder anderweitige Unterstützung im Zielland organisiert werden?¹⁴¹ Bedarf es dafür konkreter Zusagen des

¹³⁵ Bayrischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 05.03.2015, 19 CE 14.1137, Rn. 8. Der VGH sah darin eine Verletzung der Aufklärungspflicht.

¹³⁶ Antwort der zuständigen Ministerien der Länder auf den Fragebogen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Stand März/April 2020).

¹³⁷ UN, Ausschuss gegen Folter (2011), Rn. 11.

¹³⁸ Deutscher Bundestag (16.02.2016), S. 18 „In Fällen einer PTBS ist die Abschiebung regelmäßig möglich, es sei denn, die Abschiebung führt zu einer wesentlichen Gesundheitsgefährdung bis hin zur Selbstgefährdung.“

¹³⁹ Antwort der zuständigen Ministerien der Länder auf den Fragebogen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Stand März 2020).

¹⁴⁰ Bundesverwaltungsgericht (2010), Beschluss vom 15.02.2010, 2 B 126/09, Rn. 16. In der Entscheidung ging es um einen beamtenrechtlichen Sachverhalt. Die Aussagen des Gerichts zum Verhältnis amtsärztliche/private Atteste können aber für ausländerrechtliche Konstellationen herangezogen werden.

¹⁴¹ Laut Bundesverfassungsgericht kann es im Einzelfall geboten sein, dass erforderliche Hilfen rechtzeitig im Heimatland erreicht werden, Bundesverfassungsgericht (2014), Beschluss vom 17.09.2014, 2 BvR 1795/14, Rn. 12; ebenso zum Beispiel Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 29.11.2010, 18 B 910/10, Rn. 13, 23 zum Erfordernis psychosozialer Unterstützung direkt nach der Ankunft bei einer psychischen Erkrankung.

Zielstaates?¹⁴² Muss daneben auch eine Weiterbehandlung sichergestellt werden?¹⁴³ Wie muss die Abschiebung bei einer suizidgefährdeten Person ausgestaltet sein, damit eine Selbstverletzung oder Selbsttötung verhindert wird?¹⁴⁴

Die Praxis der Ausländerbehörden ist ebenso vielfältig wie die Rechtsprechung. Teilweise erklärt die Ausländerbehörde ausreisepflichtige Personen für reisefähig unter der Bedingung, dass diese ärztlich begleitet werden. Laut Praxisberichten geschieht dies zum Beispiel bei psychischen Erkrankungen, wenn eine Suizidgefährdung vorliegt oder Selbstverletzung droht; bei Lungenerkrankungen, wenn während des Fluges Sauerstoff zugeführt werden muss; oder bei Diabetes, wenn während des Flugs Insulin verabreicht werden muss (Interview 9: Abschiebungsbeobachtung).

Wird vonseiten der Ausländerbehörde eine ärztliche Begleitung angeordnet, ist grundsätzlich die Behörde auch für die Ausgestaltung derselben zuständig. In vielen Bundesländern übernimmt eine zentrale Stelle die Organisation, zum Beispiel die zentrale Ausländerbehörde oder das für Abschiebungen zuständige Landesamt.¹⁴⁵ Diese Stellen entscheiden dann, wie viele Ärzt_innen und welcher Fachrichtung bei der Abschiebung anwesend sind. Zu diesen Fragen gibt es vonseiten der Länder kaum Vorgaben.¹⁴⁶ Inwieweit bei Abschiebemaßnahmen ärztliches Personal anwesend ist, hängt unter anderem von der Unterscheidung Sammel- oder Einzelabschiebung ab. Bei Sammelabschiebungen ist grundsätzlich ärztliches Personal anwesend, bei Einzelabschiebungen nur in begründeten Fällen (das heißt, wenn von der Ausländerbehörde angeordnet).

Vonseiten der Abschiebungsbeobachtung, der Ärzteschaft und unabhängiger Beobachtungsstellen werden insbesondere drei Aspekte der ärztlichen Begleitung kritisiert:

Erstens, unzureichende Qualifikation: In den wenigsten Fällen seien die begleitenden Ärzt_innen tatsächlich Fachärzt_innen für die Erkrankungen, unter denen die abzuschiebenden Personen leiden; insbesondere seien es keine Ärzt_innen für psychische Erkrankungen; nur teilweise hätten die begleitenden Ärzt_innen eine reisemedizinische Ausbildung (Interview 10, 11, 12: Abschiebungsbeobachtung). Gefragt nach einer angemessenen ärztlichen Betreuung, erkennt die interviewte Abschiebungsbeobachterin an, dass es nicht realistisch sei, bei Sammelabschiebungen alle Krankheitsbilder abzudecken. Eine Weiterbildung in Reisemedizin sollte jedoch Standard sein; ebenso sollten Allgemeinmediziner_innen und Psychiater_innen beziehungsweise Psycholog_innen begleiten (Interview 11: Abschiebungsbeobachtung; Interview 8: Anwältin). Auch die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter spricht sich dafür aus, für die ärztliche Betreuung einer Abschiebung eine Person mit hinreichender Fachkenntnis auszuwählen.¹⁴⁷

Zweitens, geringe Anzahl: Es sei nicht unüblich, wird aus der Abschiebungsbeobachtung berichtet, dass ein_e Ärzt_in für 50 erkrankte Personen zuständig ist. Auch wenn nicht alle von ihnen ärztliche Behandlung während der Abschiebung bedürften, sei die Versorgung entsprechend schwierig – insbesondere, wenn dann noch ein Notfall aufträte (Interview 11: Abschiebungsbeobachtung).

Drittens, mangelnde Unabhängigkeit: Vonseiten der Abschiebungsbeobachtung aber auch Teilen

¹⁴² Der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg zieht die vom EGMR in der Paposhvili-Entscheidung entwickelten Kriterien heran und verlangt eine konkrete einzelfallbezogene Zusage der Heimatbehörden, dass eine Übergabe an medizinisches Personal gewährleistet wird, Beschluss vom 22.02.2017, 11 S 447/17, Rn. 5, 9 f.

¹⁴³ Das Verwaltungsgericht Aachen hat in einem Fall die Übergabe in eine Therapieeinrichtung im Heimatland gefordert, Beschluss vom 10.11.2016, 4 L 608/16, Rn. 19 ff., 32; Bei einer Dublin-Überstellung eines an Niereninsuffizienz leidenden Asylsuchenden nach Spanien hielt es dasselbe Gericht für erforderlich, dass die Person in Spanien unmittelbar in eine adäquate fachmedizinische Betreuung übergeben wird und ununterbrochenen Zugang zu den von ihr zwingend täglich benötigten Medikamenten hat, Beschluss vom 14.01.2018, 4 L 2021/17.A, Rn. 25 f.

¹⁴⁴ Obergerverwaltungsgericht Sachsen (2019), Beschluss vom 19.03.2019, 3 B 430/18, Rn. 15; Obergerverwaltungsgericht Bremen (2019), Beschluss vom 25.07.2019, 2 B 69/19, Rn. 44; das Verwaltungsgericht Gelsenkirchen verlangte in einem Fall die Übergabe an und Weiterbehandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Beschluss vom 19.01.2016, 8 L 2451/15 (Tenor).

¹⁴⁵ Antwort der zuständigen Ministerien der Länder auf den Fragebogen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Stand März/April 2020).

¹⁴⁶ Ebd.

¹⁴⁷ Deutscher Bundestag (15.06.2018), S. 42.

der Ärzteschaft wird kritisiert, dass begleitende Ärzt_innen nicht immer im Sinne des Berufsethos handelten, sondern lediglich sicherstellen würden, dass möglichst wenige Abschiebungen wegen ärztlicher Einwände scheitern.¹⁴⁸ Die mangelnde Unabhängigkeit der begleitenden Ärzte wurde in der Vergangenheit auch von unabhängigen Menschenrechtsorgans kritisiert, beispielsweise dem Europäischen Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (siehe Kasten), aber auch der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter.¹⁴⁹

**Unabhängige medizinische Fachkräfte:
Empfehlung des Europäischen Ausschusses
zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT)**

Der Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) kritisierte 2019 die mangelnde Unabhängigkeit von Reiseärzt_innen hinsichtlich der Prüfung der Reisefähigkeit. Der Ausschuss wohnte im August 2018 einer Abschiebung nach Afghanistan bei, bei der mehrere suizidgefährdete Personen am Tag der Abschiebung vom begleitenden Arzt als reisefähig eingestuft wurden. Einer von ihnen hatte noch am Tag der Abschiebungsmaßnahme einen Suizidversuch unternommen. Die Delegation hegte Zweifel an der Unabhängigkeit des eingesetzten Arztes und empfahl in solchen Fällen zukünftig die Einsetzung von unabhängigen medizinischen Fachkräften aus dem Bereich der psychischen Gesundheit für die Prüfung der Reisefähigkeit.¹⁵⁰

Die zwangsweise Verabreichung von Medikamenten durch begleitende Ärzt_innen, um den Vollzug der Abschiebung zu sichern, dürfte aufgrund des schweren Eingriffs in das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das diesbezügliche Selbstbe-

stimmungsrecht unverhältnismäßig sein. Es ist bereits fraglich, ob es hierfür überhaupt eine hinreichende Rechtsgrundlage im nationalen und europäischen Recht gibt.¹⁵¹

3.3 Zwischenfazit

Die Ausländerbehörde ist grund- und menschenrechtlich dazu verpflichtet, darauf zu achten, dass direkt vor und während der Abschiebung keine Lebensgefahr für die Betroffenen droht und sich ihr Gesundheitszustand nicht gravierend verschlechtert. Dies gilt unabhängig davon, ob die Betroffenen eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung vorlegen oder nicht. Maßstab müssen dabei immer der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit der Abschiebungsmaßnahme und der effektive Schutz von Leib und Leben während der gesamten Maßnahme sein. Das bedeutet, dass sich die Schutzpflicht nicht nur auf den Transport (zum Beispiel den Abschiebungsflug) ins Zielland beschränkt, sondern auch den Zeitraum zwischen Abholung und Flug umfasst sowie den nach der Landung im Zielland.

Droht unmittelbar nach der Ankunft eine Gesundheits- oder Lebensgefahr, beispielsweise wegen fehlender notwendiger Anschlussversorgung, hat die Ausländerbehörde dafür Sorge zu tragen, dass der Zielstaat ärztliches Fachpersonal bei der Übergabe bereithält und, falls notwendig, die weitere Behandlung sichergestellt wird. Die Ausländerbehörde hat zudem darzulegen, warum bestimmte Vorkehrungen im konkreten Einzelfall eine Gesundheitsverschlechterung verhindern.

Die Praxisberichte zeigen, dass es große Unterschiede bei der Prüfung der Reisefähigkeit durch die Ausländerbehörden gibt, beispielsweise bei der Frage, ob überhaupt eigene Gutachten durch die Behörde in Auftrag gegeben werden oder wer und in welchem Umfang prüft. Bei der konkreten Ausgestaltung der Abschiebung (beispielsweise Anzahl

¹⁴⁸ Korzilius / Rabbata (2004), S. 3398; Gössner (2011), S. 67; Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport (28.04.2010).

¹⁴⁹ Auch die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter stellte bei einer von ihr beobachteten Abschiebung einer Familie vom Flughafen München im Jahr 2017 fest, dass sich der begleitende Arzt bei der Feststellung der Reisefähigkeit der Mutter nicht auf die eigene Untersuchung vor Ort, sondern vor allem auf eine ablehnende Gerichtsentscheidung stützte, in der das eingereichte ärztliche Attest als nicht qualifiziert angesehen wurde: Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (2017b), Abschnitt XIII.

¹⁵⁰ Europarat, Europäischer Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) (09.05.2019), Rn. 28.

¹⁵¹ Vgl. Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (2018).

und Fachrichtung der Ärzt_innen vor Ort) lassen die Berichte der Interviewpartner_innen sowie nationaler und europäischer Menschenrechtsorgane daran zweifeln, ob die Unabhängigkeit der begleitenden Ärzt_innen in jedem Fall sichergestellt und eine angemessene ärztliche Versorgung während des Abschiebungsvorgangs gewährleistet ist.

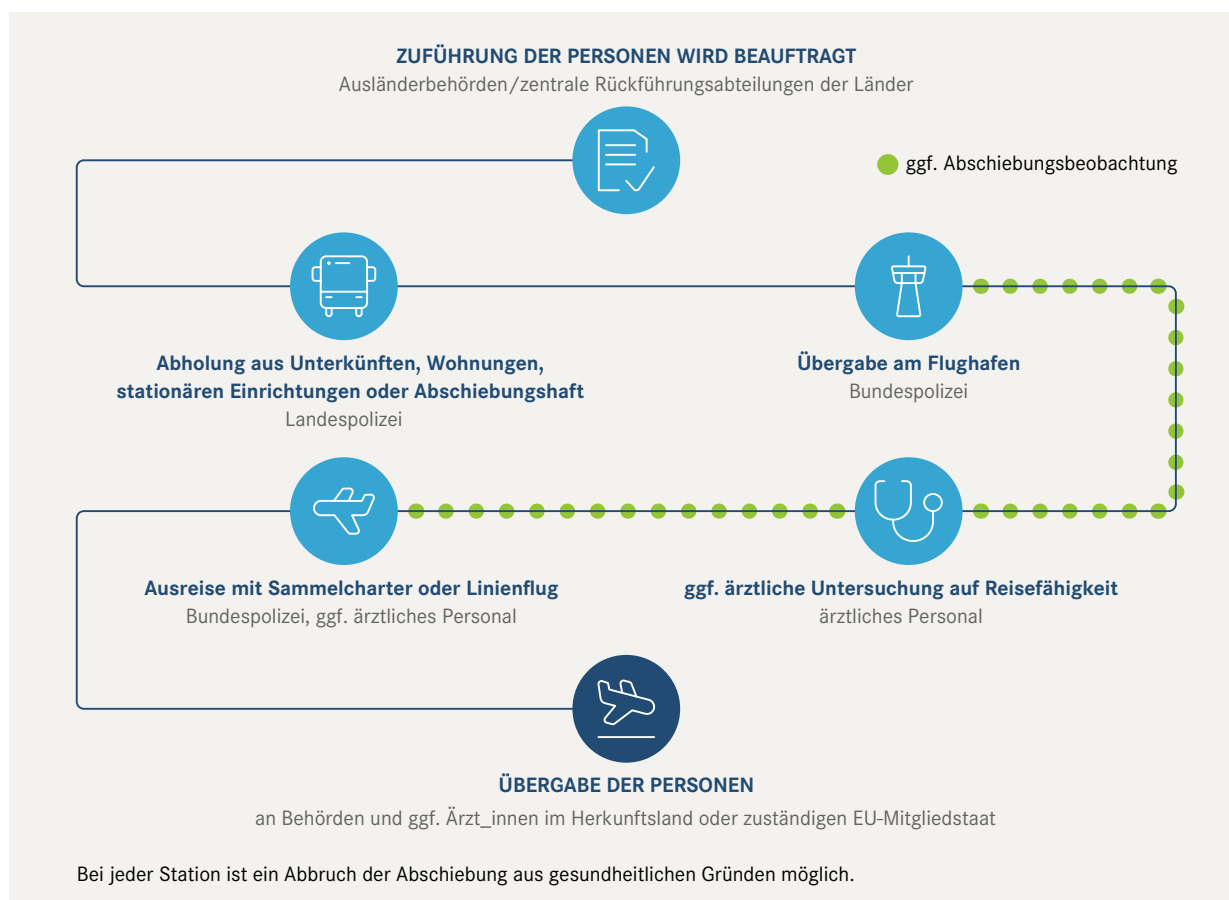
4 Während des Abschiebungsvorgangs

Auch während des Abschiebungsvorgangs – also beispielsweise am Flughafen oder während des Abschiebeflugs – besteht für die beteiligten Behörden die Pflicht, den Schutz auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu wahren. Das bedeutet konkret, dass die Behörden verpflichtet sind, eine Abschiebung abubrechen, wenn eine gravierende Gesundheitsverschlechterung vorliegt oder droht.

Die für die Abschiebung verantwortlichen Behörden sind die Landes- und Bundespolizei, die die Ausländerbehörde bei der praktischen Umsetzung der Abschiebung unterstützen. In den Interviews wird berichtet, dass die Beamt_innen der Landespolizei teilweise auch entsprechende Schulungen und Handreichungen angeboten bekämen (Interview 19 und 20: Landespolizei). Aus einem anderen Bundesland wird dagegen berichtet, dass Zuführungen keiner besonderen Vorbereitung bedürften (Interview 22: Landespolizei). Aufseiten der Bundespolizei könnten Beamt_innen nur dann für Rückführungen eingesetzt werden, wenn sie entsprechend ausgebildet sind (Interview 18: Bundespolizei).¹⁵²

Abbildung 5 zeigt vereinfacht den Ablauf einer Abschiebung auf dem Luftweg. Regionale Unterschiede gibt es beispielsweise bei den Zeitpunkten, zu denen die verschiedenen Akteure involviert sind (zum Beispiel wann die Bundespolizei über-

Abbildung 5: Ablauf einer Abschiebung auf dem Luftweg



¹⁵² Qualifizierung zum „Personenbegleiter Luft“.

nimmt), beim Übergabepunkt der Betroffenen von der Landespolizei an die Bundespolizei sowie bei der Präsenz verschiedener Akteure. Beispielsweise ist bei Sammelabschiebungen ärztliches Personal in den gesamten Abschiebungsvorgang involviert, bei Einzelabschiebungen nur in begründeten Fällen.

In vier Bundesländern gibt es außerdem eine unabhängige Abschiebungsbeobachtung am Flughafen (siehe Kasten).

Unabhängige Abschiebungsbeobachtung

Die europäische Rückführungsrichtlinie¹⁵³ sieht vor, dass die EU-Mitgliedstaaten ein wirksames System zur Überwachung von Rückführungsmaßnahmen einführen.¹⁵⁴ Eine unabhängige Abschiebungsbeobachtung gibt es in Deutschland an vier Flughäfen: Düsseldorf/Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Berlin/Brandenburg und Frankfurt am Main/Hessen. Sie wird von der Diakonie und der Caritas durchgeführt.

Die unabhängige Abschiebungsbeobachtung, so wie sie in Deutschland geregelt ist, hat die Aufgabe, die Praxis von Abschiebungen von der Ankunft der Betroffenen am Flughafen bis zum Abflug zu beobachten und zu dokumentieren. Sie bezieht sich somit nicht auf die Schritte der Zuführung (von der Unterkunft zum Flughafen) und auch nicht auf den Flug als solchen.

Die Abschiebungsbeobachtung kann nicht aktiv in Abschiebungen eingreifen, vermittelt aber im Einzelfall zwischen den staatlichen Akteuren und den von der Abschiebung Betroffenen. Ihre Beobachtungen werden in einem Forum aus behördlichen und zivilgesellschaftlichen Vertreter_innen nicht öffentlich beraten. Alle ein bis zwei Jahre veröffentlichen die einzelnen Abschiebungsbeobachtungen einen Tätigkeitsbericht.¹⁵⁵

Abschiebungen werden in der Regel abseits der öffentlichen Wahrnehmung vollzogen und sind von außen nur schwer einsehbar. Die Abschiebungsbeobachtung stärkt die Kontrolle und Transparenz dieser staatlichen Zwangsmaßnahme, die für die Betroffenen oft äußerst belastend ist. Aufgrund ihrer Vermittlerrolle können Abschiebungsbeobachter_innen auf problematische Situationen hinweisen und ein stärkeres Problembewusstsein bei den beteiligten staatlichen Stellen erreichen. Dabei sind sie jedoch auf deren Kooperationsbereitschaft angewiesen.

Die in Deutschland existierenden Beobachtungsstellen sind in unterschiedlichem Maße berechtigt, öffentlich Missstände anzuprangern und besonders gravierende Einzelfälle in die Öffentlichkeit zu tragen. In der Regel müssen öffentliche Stellungnahmen mit den Mitgliedern des Forums abgesprochen werden. Sie arbeiten daher in einem Spannungsfeld zwischen grundsätzlich unabhängiger Beobachtungsstelle und Vermittlung zwischen den Betroffenen und den staatlichen Stellen.

Bei der Abschiebung handelt es sich um eine Maßnahme des unmittelbaren Zwangs, bei deren Durchführung stets der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und fundamentale Grund- und Menschenrechte gewahrt werden müssen. Dazu gehören, neben dem Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit, der Zugang zum Recht, die Einheit der Familie und die Achtung der Menschenwürde.

Die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter hat Standards für die Durchführung von Abschiebungen formuliert.¹⁵⁶ Darin wird unter anderem gefordert: die Abschiebung im Einzelfall aus humanitären Gründen anzukündigen, zum Beispiel bei Familien oder kranken Personen; eine ausreichende Verständigung zwischen den abzuschiebenden Personen und den Vollzugsbeamten_innen sicherzustellen; die Möglichkeit, einen Rechtsbeistand zu kontak-

153 Richtlinie 2008/115/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16.12.2008 über gemeinsame Normen und Verfahren in den Mitgliedstaaten zur Rückführung illegal aufhältiger Drittstaatsangehöriger.

154 Art. 8 Abs. 6 der Rückführungsrichtlinie.

155 Die aktuellsten Berichte der jeweiligen Abschiebungsbeobachtungen sind: Diakonie Hamburg (2019); Ergül-Puopolo / von Moltke (2019); Forum Flughäfen in Nordrhein-Westfalen (FFiNW) (Hg.) (2020); Forum Abschiebungsbeobachtung Berlin-Brandenburg (o.J.).

156 Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (2019).

tieren, und Mobiltelefone bei den abzuschieben- den Personen zu belassen. Diese Punkte sind in der Praxis neben dem Informationsfluss zwischen den beteiligten Stellen bei Abschiebungen von erkrankten Menschen besonders relevant.

Nicht selten werden Menschen über mehrere Jahre hinweg geduldet. Die Abschiebung kann sie daher sehr unvermittelt treffen, da seit 2015 Abschiebungen nicht mehr angekündigt werden.¹⁵⁷ Die Betroffenen sind einer besonderen Stresssituation ausgesetzt, in der ihnen wenig Zeit bleibt, um ihre Sachen zu packen und Abschied zu nehmen. Rücksprachen mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin sind so nicht mehr möglich. Aus den Berichten der Abschiebungsbeobachtung wird deutlich, dass dies in der Praxis sehr problematisch sein kann. So werden Fälle geschildert, in denen es die abzuschieben- den Personen in der stressigen „Abholsituation“ nicht schafften, ihre Medikamente mitzunehmen.¹⁵⁸ Wäre eine Abschiebung angekündigt, hätten insbesondere kranke Personen die Möglichkeit, ihre Ärzt_innen zu informieren, wodurch im Einzelfall eine ausreichende Medikamentenversorgung, ein Austausch mit den Behörden hinsichtlich der aktuellen gesundheitlichen Verfassung und eine psychische Stabilisierung und Auseinandersetzung mit der anstehenden Abschiebung gewährleistet werden könnte.

Wenn Anzeichen für eine gravierende Gesundheitsverschlechterung vorliegen, sind die Behörden verpflichtet, die Abschiebung abubrechen. Zum Ausmaß der Abschiebungen in Deutschland, die aus medizinischen Gründen abgebrochen werden, gibt es nur sehr vereinzelte Erkenntnisse. So wurden im Jahr 2019 insgesamt 135 Abschiebungen aus medizinischen Bedenken nach der Übergabe an die Bundespolizei abgebrochen, das sind 3,8 Prozent aller Abschiebungen, die abgebrochen wurden. Dem gegenüber stehen 22.097 vollzogene Abschiebungen.¹⁵⁹ Keine Erkenntnisse gibt es zum Ausmaß der Abbrüche aus gesundheitlichen Grün-

den, die vor Übergabe an die Bundespolizei, das heißt im Verantwortungsbereich der Landespolizei bei Zuführung, geschehen oder zu Abschiebungen, die bereits von den Ausländerbehörden storniert wurden. Dabei werden knapp 90 Prozent der nicht erfolgten Abschiebungen bereits dann abgebrochen. Die Gründe dafür sind vielfältig und können auch medizinischer Natur sein. Die unklaren Kategorien „Stornierung“ und „nicht erfolgte Zuführung“ sollten ausdifferenziert werden, um die tatsächlichen Gründe des Abbruchs der Abschiebungen bewerten zu können.¹⁶⁰

4.1 Übermittlung von medizinischen Informationen

Alle an der Abschiebung beteiligten Akteure müssen über den Gesundheitszustand der Betroffenen informiert sein:

„Vor allem in Bezug auf psychische Erkrankungen ist es wichtig, dass da eine Kommunikation stattfindet auch für die Betroffenen, [...] gerade wenn es um Posttraumatische Belastungsstörungen und Ähnliches geht [...] auch extreme Passivität – also dass die Personen wirklich sehr ruhig in der Ecke sitzen, Löcher in die Luft starren, in keinsten Weise Widerstand zeigen und alles irgendwie über sich ergehen lassen – das kann auch ein Hinweis auf eine Suizidalität sein, [...] Da ist es schon wichtig, [dass] man diesbezüglich Informationen hat, die dann vielleicht einem Begleitarzt gar nicht vorliegen, dass da einfach nochmal draufgeschaut werden kann.“
(Interview 12: Abschiebungsbeobachtung)

Das Zitat verdeutlicht die Relevanz der Informationen für alle an der Abschiebung beteiligten Akteur_innen – sei es, um über Personen mit ansteckenden Krankheiten Bescheid zu wissen, individuelle Gesundheitsgefahren erkennen zu können oder um besonders sensibilisiert zu sein für Menschen, die psychisch erkrankt oder suizidal sind.

¹⁵⁷ Deutscher Bundestag (29.09.2015), S. 15.

¹⁵⁸ Forum Flughäfen in Nordrhein-Westfalen (FFiNW) (Hg.) (2019), S. 12; Forum Flughäfen in Nordrhein-Westfalen (FFiNW) (Hg.) (2017), S. 14, 18.

¹⁵⁹ Deutscher Bundestag (19.03.2020), S. 30 f. Die Differenzierung nach Abbruchgründen bezieht sich nur auf Abbruch Luftweg, S. 29.

2020 wurden 37 Abschiebungen aus medizinischen Gründen abgebrochen und 10.800 Abschiebungen vollzogen, Deutscher Bundestag (25.02.2021), S. 2, 30. Grund für die geringen Zahlen war insbesondere die Aussetzung der Abschiebungen aufgrund des Ausbruchs der Corona-Pandemie.

¹⁶⁰ Ausführlicher: Rietig / Günnewig (2020), S. 25 f.

Die „Bestimmungen über die Rückführung ausländischer Staatsangehöriger auf dem Luftweg“ konkretisieren die Zuständigkeiten von Ausländerbehörde und Bundespolizei in Bezug auf die Informationsübermittlung.¹⁶¹ Demzufolge hat die Ausländerbehörde der Bundespolizei im Vorfeld mitzuteilen, wenn ärztliche Begleitung erforderlich ist oder es Hinweise auf ansteckende Krankheiten, Selbstverletzungen oder Suizidversuche in der Vergangenheit gab. Zudem sollen alle Anhaltspunkte übermittelt werden, die auf eine gesundheitliche Einschränkung hindeuten. Werden diese Informationen nicht zeitgerecht oder unvollständig erbracht, kann die Bundespolizei die Begleitung der Abschiebung ablehnen.¹⁶²

Von den an der Abschiebung beteiligten Akteur_innen wird der Informationsfluss sehr unterschiedlich wahrgenommen: Aus der Perspektive eines Vertreters einer Landespolizei ist der Informationsfluss angemessen: Die Ausländerbehörde übermittle Informationen beispielsweise zu ansteckenden Krankheiten, Verletzungen, gesundheitlichen Einschränkungen oder Medikamenteneinnahme (Interview 19: Landespolizei). Auch vonseiten der für die Zuführung zuständigen Bereitschaftspolizei eines anderen Bundeslandes wird der Informationsfluss als „ausreichend“ bezeichnet, genaue Krankheitsbilder würden nicht übermittelt (Interview 15). Vertreter_innen der Abschiebungsbeobachtung kritisieren hingegen, dass teilweise die medizinischen Informationen vonseiten der zuständigen beziehungsweise zuführenden Stellen nicht an die Bundespolizei kommuniziert würden.¹⁶³ Ob und in welchem Umfang medizinische Informationen übermittelt werden, hänge stark von den einzelnen Beteiligten ab und sei von Fall zu Fall unterschiedlich. So führten die Betroffenen teilweise Medikamente mit, in den Unterlagen gebe es darüber aber keine Hinweise.¹⁶⁴

Um erkrankte Menschen während der Abschiebung bestmöglich schützen zu können, müssen in einem ersten Schritt alle beteiligten Stellen über

Vorerkrankungen und Anzeichen für eine Gefährdung des Gesundheitszustands durch die Abschiebung ausreichend informiert sein. Vorgaben diesbezüglich sollten auf Bundes- und Landesebene einheitlich sein, um einen einheitlichen Wissensstand bei den oft bundesländerübergreifenden Abschiebungen zu gewährleisten.

4.2 Kommunikation mit den Betroffenen / Sprachmittlung

Auch bei der Kommunikation mit den von der Abschiebung Betroffenen gibt es – den Interviewpartner_innen zufolge – immer wieder sprachliche Barrieren. Eine Sprachmittlung ist nicht Standard. Insbesondere bei Einzelabschiebungen ist selten eine Sprachmittlung vor Ort; bei Sammelabschiebungen teilweise, abhängig vom Zielstaat.

Auch die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter kritisierte Verständigungsprobleme bei den von ihr beobachteten Abschiebeflügen; lediglich am Flughafen hätten Sprachmittler_innen zur Verfügung gestanden.¹⁶⁵ Laut Berichten der Abschiebungsbeobachtung fehlten Sprachmittler_innen insbesondere dann, wenn bei akuten Erkrankungen medizinisches Personal hinzugezogen werden müsse. Teilweise sei dann keine Kommunikation zwischen Ärzt_in und Patient_in möglich.¹⁶⁶ In manchen Fällen agieren Personen vor Ort als Sprachmittler_innen, auch in medizinischen Fragen – sei es die Abschiebungsbeobachtung, sprachkundige Beamt_innen der Bundespolizei, mitreisende Kinder oder Menschen, die am Terminal arbeiten und zufällig die gesuchte Sprache sprechen.¹⁶⁷ Dies ist problematisch, da eine angemessene Übersetzung nicht gewährleistet ist und für hinzugezogene Personen eine Belastung und/oder ein Rollenkonflikt entsteht; dies gilt insbesondere für Kinder.

Es gibt keine einheitliche Regelung, ob und für welche Schritte der Abschiebung Sprachmittlung zur Verfügung stehen muss. Vereinzelt sind Infor-

¹⁶¹ Bestimmungen über die Rückführung ausländischer Staatsangehöriger auf dem Luftweg (17.10.2016).

¹⁶² Ebd., C 1.1.2; C 1.1.3; C 1.3.4; C 2.1.2.3.

¹⁶³ Forum Flughäfen in Nordrhein-Westfalen (FFiNW) (Hg.) (2019), S. 10; Ergül-Puopolo / von Moltke (2019), S. 29.

¹⁶⁴ Siehe auch: Forum Flughäfen in Nordrhein-Westfalen (FFiNW) (Hg.) (2017), S. 15.

¹⁶⁵ Deutscher Bundestag (15.06.2018).

¹⁶⁶ Diakonie Hamburg (2019), S. 7.

¹⁶⁷ Ergül-Puopolo / von Moltke (2019), S. 11, 21.

mationen aus den Ländern bekannt. So setzt die Ausländerbehörde Hamburg regelmäßig Sprachmittler_innen bei der Zuführung ein.¹⁶⁸ Aus anderen Bundesländern wird vonseiten der Landespolizei berichtet, dass die jeweils zuständige Ausländerbehörde über die Hinzuziehung entscheidet (Interview 19) oder statt Sprachmittler_innen Informationsblätter in verschiedenen Sprachen zur Verfügung stehen (Interview 20).

Die Praxiserfahrungen zeigen, dass zur Erkennung einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustands stets ausreichend Ärzt_innen und Sprachmittler_innen den gesamten Abschiebungsvorgang begleiten sollten.

4.3 Zugang zu Anwält_innen

Während des Abschiebungsvorgangs haben Betroffene nur unter sehr erschwerten Bedingungen noch die Möglichkeit, einen Rechtsbeistand (oder andere Vertrauenspersonen) zu kontaktieren.¹⁶⁹ Laut Aussagen von Abschiebungsbeobachtung und Anwält_innen hat dies zwei Gründe:

Erstens: Im Wartebereich des Flughafens haben Betroffene keinen Zugang mehr zu ihren Handys. Im besten Fall wurden sie von den zuführenden Beamten_innen darüber im Vorfeld aufgeklärt und haben sich die Nummern vorher notiert. Ob dies klappt, sei laut der interviewten Abschiebungsbeobachter_innen aber sehr unterschiedlich. Während der Wartezeit könnten die Betroffenen dann über die Diensthandys der Bundespolizei oder gegebenenfalls die Abschiebungsbeobachtung noch jemanden kontaktieren.

Zweitens: Abschiebungen finden überwiegend zu einer Tageszeit (frühmorgens) statt, zu der Anwält_innen oder auch Verwaltungsgerichte nur schwer zu erreichen sind. In der Folge sind dann beispielsweise Personen schon im Flugzeug, bevor

der Eilantrag im Verwaltungsgericht gelesen wird, wie eine Anwältin beschreibt:

„Meistens rufen die [Mandant_innen] mich um halb fünf oder um fünf Uhr morgens an oder eben die Angehörigen und sagen, hier passiert etwas. Dann kann ich mich selbstverständlich unter Umständen in mein Büro begeben und kann auch ein Eilverfahren anhängig machen. Nur wenn dann die Abschiebungen um zehn, elf oder um zwölf stattfinden, ist das durchaus mit Problemen [behaftet] [...] mit den Richtern, die gar nicht anwesend sind, die halt erst um neun ins Büro kommen und dann diesen Eilantrag sehen.“ (Interview 8)

Um effektiven Rechtsschutz sicherzustellen, muss den Betroffenen jederzeit der Zugang zu anwaltlichem Beistand gewährt werden. Um zu verhindern, dass Anwält_innen und Gerichte aufgrund der Uhrzeit nicht rechtzeitig erreicht werden, sollten Abschiebungen möglichst nicht in der Nacht und am frühen Morgen durchgeführt werden.

4.4 Sonderfall: Abschiebungen aus der stationären Behandlung

Ein besonders sensibler Bereich sind Abschiebungen aus der stationären Behandlung aus Krankenhäusern und Psychiatrien. Auch in den letzten zwei Jahren wurden Abschiebungen aus stationären Einrichtungen publik.¹⁷⁰

Verlässliche Zahlen zur Frage, wie viele Personen in Deutschland aus stationären Einrichtungen abgeschoben werden, gibt es nicht. Aus einer Abfrage bei den zuständigen Ministerien der Länder wird deutlich, dass die meisten Bundesländer grundsätzlich nicht oder nicht flächendeckend erfassen, ob und wie viele Menschen aus Krankenhäusern und Psychiatrien abgeschoben werden.

¹⁶⁸ Diakonie Hamburg (2019), S. 8.

¹⁶⁹ Forum Flughäfen in Nordrhein-Westfalen (FFiNW) (Hg.) (2017), S. 18; Ergül-Puoplo / von Moltke (2019), S. 12 f.

¹⁷⁰ Unter anderem: In Hessen wurde im September 2019 eine Patientin, die ihre Station in einer Psychiatrie für einige Stunden verlassen hatte, um persönliche Dinge zu holen, außerhalb des Krankenhauses aufgegriffen und der Abschiebung zugeführt (Hessischer Flüchtlingsrat / Der Paritätische Hessen (01.10.2019)); in Rheinland-Pfalz wurden im Oktober 2018 (WELT (06.11.2018)) und im Januar 2019 (WELT (22.01.2019)) zwei schwangere Frauen aus der stationären Behandlung geholt; siehe auch zu drei Fällen im Jahr 2019 Forum Flughäfen in Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2020), S. 16 f.

Lediglich Bremen gibt für das Jahr 2019 eine konkrete Zahl (3) an sowie das Saarland und Schleswig-Holstein (jeweils 0).¹⁷¹

Abschiebungsbeobachter_innen berichten von steigenden Zahlen in den letzten Jahren.¹⁷² Einige wenige Bundesländer wie Rheinland-Pfalz, Thüringen, Berlin und Brandenburg haben die Abschiebung aus stationären Einrichtungen per Erlass untersagt. Ausnahmen können aber auch hier vorliegen, wenn zum Beispiel Personen in der Vergangenheit wiederholt straffällig geworden sind.

Aus Praxisberichten wird deutlich, dass es offene Fragen und Unsicherheit bezüglich der Abholung aus stationären Einrichtungen gibt: Eine interviewte Anwältin schildert, dass die abholenden Behörden in den ihr bekannten Fällen in der Regel ohne richterlichen Durchsuchungsbeschluss kämen (Interview 9). Für die Ärzt_innen vor Ort sei unklar, inwieweit sie einer Abholung aus medizinischen Gründen widersprechen dürfen.¹⁷³ Vonseiten der Länder gibt es keine Vorgaben, wie solche Abschiebungen aus stationären Einrichtungen durchgeführt werden sollten.¹⁷⁴

Wenn der Staat in geschützte Räume wie Krankenhäuser eindringt, sind sowohl die Auswirkungen für die von der Abschiebung Betroffenen als auch für unbeteiligte Patient_innen zu berücksichtigen. Eine stationäre Aufnahme bedeutet, dass aus ärztlicher Sicht Anzeichen für eine Erkrankung vorliegen, die der ständigen Überwachung und Kontrolle durch medizinisches Personal bedarf. Wird die Person aus dem Schutzraum Krankenhaus herausgerissen und die Behandlung abgebrochen, besteht die Gefahr einer gravierenden Gesund-

heitsgefährdung. Zudem lässt sich eine Abschiebungsmaßnahme, bei der mehrere Polizeibeamt_innen beteiligt sind, nicht ohne eine Störung des Krankenhausbetriebs und der übrigen Patient_innen durchführen, sodass die Maßnahme auch in die Rechte unbeteiligter Dritter eingreift. Es ist nicht erkennbar, wie die Gefahr von gravierenden Eingriffen in das Recht auf Leib und Leben der abzuschiebenden Person und der anderen Patient_innen wirksam gemindert werden könnte.

Somit ist eine Abschiebung aus der stationären Behandlung stets unverhältnismäßig.¹⁷⁵

Fallbeispiel: Psychisch kranker Mann, der gegen den Willen der Ärzt_innen aus der Psychiatrie abgeschoben wird

Herr B.¹⁷⁶ stammt aus dem Irak. Nach mehreren Jahren Kriegsdienst, in denen er insbesondere gegen den Islamischen Staat kämpft, desertiert er. Die Kriegs- und Gewalterfahrungen belasten ihn stark. Er flieht im Jahr 2016 nach Frankreich, wo sein Asylantrag im Jahr 2018 abgelehnt wird. Aus Angst, in den Irak abgeschoben zu werden, flieht er weiter und kommt 2019 nach Deutschland.

In Deutschland stellt er 2019 erneut einen Asylantrag. Dieser wird vom BAMF abgelehnt und seine Überstellung nach Frankreich angeordnet. Die Nachricht von der bevorstehenden Abschiebung löst bei Herrn B. eine suizidale Krise aus und er beginnt, sich selbst zu verletzen. Daraufhin wird er zunächst für vier Wochen in die geschlossene Abteilung einer psychiatrischen Klinik aufgenommen. Aus Sicht der Ärzt_innen hat sich bei Herrn B. aufgrund der psychosozialen

171 Antwort der zuständigen Ministerien der Länder auf den Fragebogen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Stand März 2020). Darüber hinaus gibt es (teilweise widersprüchliche) Erkenntnisse aus Kleinen Anfragen: Im Hamburg werden Abschiebungen aus Krankenhäusern oder Spezialkliniken grundsätzlich nicht gesondert erfasst (Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (11.02.2020)). In Sachsen-Anhalt wurden im Zeitraum 2013 bis 2019 sieben Personen aus Krankenhäusern oder Spezialkliniken abgeschoben, davon drei im Jahr 2019. Eine standardisierte Erfassung von Fällen erfolgt nicht (Landtag von Sachsen-Anhalt (27.03.2020)).

172 Forum Flughäfen in Nordrhein-Westfalen (FFiNW) (Hg.) (2017), S. 16; Ergül-Puopolo / von Moltke (2019), S. 26.

173 Siehe auch: Arbeitskreis Flüchtlinge und Asyl der IPPNW – Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. (o.J.); Bundesärztekammer (2017), S. 130.

174 Antwort der zuständigen Ministerien der Länder auf den Fragebogen des Deutschen Instituts für Menschenrechte (Stand März/April 2020).

175 Auch die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter (2019, S. 1) spricht sich gegen Abschiebungen aus Krankenhäusern aus.

176 Hier und im weiteren Verlauf des Textes wurden Name und einige Aspekte des Falls zum Schutz der Betroffenen geändert. Die Fälle wurden geschildert von Beratungsstellen und Anwält_innen.

und eventuell auch traumatischen Vorbelastung aus dem Herkunftsland eine schwere Depression mit bilanzierenden Suizidgedanken ausgebildet. Die Ärzt_innen attestieren der Ausländerbehörde, dass Herr B. aufgrund seiner Erkrankung nicht reisefähig sei. Herr B. wird medikamentös eingestellt und im Entlassungsbrief wird eine ambulante psychiatrische Anbindung empfohlen. Nach einem Suizidversuch wird Herr B. erneut in die Klinik eingeliefert.

Obwohl die Ausländerbehörde Kenntnis von dem Klinikaufenthalt und der fachärztlich attestierten Reiseunfähigkeit hat, bereitet sie die Abschiebung vor. Am Abschiebungstag erscheinen mehrere Polizeibeamt_innen, ein auf Honorarbasis von der Ausländerbehörde beauftragter Begleitarzt, der kein Facharzt für psychische Erkrankungen ist, und ein Dolmetscher um vier Uhr nachts ohne vorherige Ankündigung in der Klinik. Die Oberärztin verlangt zunächst einen richterlichen Beschluss, der nicht vorliegt, und äußert große Bedenken hinsichtlich einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation durch die Abschiebung. Nach einer Diskussion mit der Einsatzleitung gibt sie schließlich nach.

Der Begleitarzt äußert keine Bedenken hinsichtlich der Abschiebung und stellt somit die Reisefähigkeit fest. Er nimmt eine 2-Tages-Ration der notwendigen Medikamente für Herrn B. an sich. Während der Abschiebung ist Herr B. unruhig und zeigt starke Stimmungsschwankungen. Den Großteil der Zeit wird er fixiert, da er mehrfach versucht, sich zu verletzen, und auch kurzzeitig aggressives Verhalten gegenüber der Begleitung zeigt. In den letzten eineinhalb Stunden vor der Ankunft erfolgt eine Fesselung aufgrund der „hohen Selbstgefährdung“.

Bei der Ankunft in Frankreich wird Herr B. von der französischen Polizei in Empfang genommen. Ärztliches Personal ist nicht vor Ort. Die mitgenommenen Medikamente vernichtet der Begleitarzt. Nach eigener Aussage befürchtet er eine „demonstrative Fehleinnahme mit Überdosierung“.

5 Fazit

Abschiebungen finden seit jeher in einem Spannungsfeld statt. Auf der einen Seite steht das Interesse des Staates an einer möglichst effektiven und daher auch unter Umständen zwangsweisen Durchsetzung der Aufenthaltsbeendigung, auf der anderen Seite die Grund- und Menschenrechte der Menschen, die abgeschoben werden sollen. Zu diesen Rechten gehört das internationale Refoulement-Verbot als Teil des Verbots der Folter und Misshandlung sowie das menschen- und verfassungsrechtlich verankerte Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.

Eine Abschiebung ist dann unzulässig, wenn sich in ihrer Folge der Gesundheitszustand der betroffenen Person schwerwiegend verschlechtert beziehungsweise gefährdet wird oder gar Lebensgefahr droht. Das bedeutet: Sowohl im Asylverfahren als auch bei der Vorbereitung und der konkreten Durchführung der Abschiebung muss geprüft werden, ob mögliche Gesundheitsgefahren vorliegen. Entsprechende Anhaltspunkte dafür müssen von den beteiligten Behörden wie BAMF, Ausländerbehörde, Bundes- und Landespolizei in jedem Stadium berücksichtigt werden. Dafür ist es notwendig, dass alle Beteiligten besonders sensibilisiert und geschult werden, insbesondere um Anzeichen psychischer Erkrankungen erkennen zu können.

Täuschungsnarrativ

Von politischer und behördlicher Seite wird nicht selten die Einschätzung vertreten, dass zu viele Abschiebungen scheiterten – auch weil Asylsuchende oder Ausreisepflichtige Krankheiten vortäuschen würden, um der Abschiebung zu entgehen. Dieser Vorwurf wurde in den vergangenen Jahren als Begründung für eine Reihe von gesetzlichen Verschärfungen herangezogen. Er entbehrt aber jeglicher Datengrundlage. Die öffentlich verfügbaren Zahlen lassen diesen Schluss nicht zu. Politiker_innen sowie Medienvertreter_innen, die dieses Täuschungsnarrativ bedienen und dadurch verstärken, agieren ohne Faktenbasis und delegitimieren die Schutzbedarfe der Betroffenen und die menschenrechtlichen Verpflichtungen Deutschlands.

Unzumutbare Hürden bei den Nachweispflichten

Die Anforderungen an die qualifizierten ärztlichen Bescheinigungen, die Betroffene sowohl im Asylverfahren als auch bei drohender Abschiebung zum Nachweis einer Erkrankung vorlegen müssen, stellen sowohl Ärzt_innen und Psychotherapeut_innen als auch die Betroffenen selbst in der Praxis vor große Hürden: Wer diese Bescheinigungen ausstellt, braucht viel Zusatzwissen; es wird als undurchsichtig und teilweise willkürlich wahrgenommen, nach welchen Kriterien die Behörden ärztliche Bescheinigungen (nicht) anerkennen. Aus den Interviews wird auch deutlich, dass es für die Betroffenen sehr schwer ist, ihrer Mitwirkungspflicht nachzukommen – etwa aufgrund sehr kurzer Asylverfahrensdauern, unzureichendem Zugang zu Informationen und Anwalt_innen, Mangel an Fachärzt_innen, fehlender Sprachmittlung sowie eingeschränktem Zugang zum Gesundheitssystem und finanzieller Hürden. Auch die Erkrankung selbst kann dazu führen, dass die Betroffenen aufgrund ihres Gesundheitszustands außerstande sind, die Mitwirkungspflichten zu erfüllen. Die Betroffenen sind in besonderem Maße auf (zum Teil ehrenamtliche) Unterstützungsstrukturen angewiesen.

Die Hürden treffen dabei diejenigen besonders hart, die in der Abschiebungshaft sitzen oder in AnKER-Zentren oder AnKER-ähnlichen Unterkünften untergebracht sind. Menschen in entlegenen Unterkünften sind auf die Angebote vor Ort angewiesen, die sehr unterschiedlich ausgestaltet sein können. Vor dem Hintergrund der politischen Bedeutung, die AnKER-Zentren und AnKER-ähnlichen Einrichtungen beigemessen wird, und der steigenden Anzahl an Menschen, die in diesen Zentren und der Abschiebungshaft untergebracht sind, muss sichergestellt sein, dass der Zugang zu umfassender Gesundheitsversorgung sowie der Zugang zum Recht effektiv gewährleistet wird. Im Hinblick auf die Abschiebungshaft ist darüber hinaus stets zu beachten, dass Freiheitsentzug lediglich das letzte Mittel sein und keiner Straftat gleichkommen darf. Die Haft bedeutet für jeden

Menschen eine starke psychische und physische Belastung und sollte daher erst recht nicht bei bereits erkrankten Menschen angewendet werden.

Die Erkenntnisse aus der Praxis sind ernstzunehmende Indizien, dass die gesetzlichen Nachweispflichten in § 60a Absatz 2c und 2d AufenthG in der jetzigen Form verfassungsrechtlich bedenklich sind und durch den Bundestag abgeändert werden sollten.

Verdrängung der behördlichen Sachaufklärungspflicht

Der zunehmende Fokus auf die Mitwirkungs- und Darlegungspflichten der Betroffenen darf nicht die behördliche Sachaufklärungspflicht verdrängen. Es besteht die Gefahr, dass sich der Blick des BAMF und der Ausländerbehörden auf die Prüfung der qualifizierten ärztlichen Bescheinigung verengt, anstatt auch weitere Anhaltspunkte für ein krankheitsbedingtes Abschiebungshindernis zu berücksichtigen, beispielsweise das Verhalten oder der mündliche Vortrag der Betroffenen, frühere ärztliche oder psychologische Stellungnahmen, vorherige Klinikaufenthalte oder Hinweise Dritter.

Verfahrensökonomische Überlegungen der Politik, die sich in gesetzlichen Regelungen wie der Vermutung der Reisefähigkeit, den Vorlagefristen und inhaltlichen Anforderungen an qualifizierte ärztliche Bescheinigungen niederschlagen, dürfen nicht zu einer Verkürzung des Schutzregimes führen. Die staatliche Schutzpflicht gegenüber erkrankten Menschen droht sonst missachtet zu werden. Dem sollten Bund und Länder durch Verwaltungsvorschriften entgegenwirken, die konkretisieren, dass die Behörden – trotz der Mitwirkungspflicht der Betroffenen – allen Anhaltspunkten für eine schwerwiegende Gesundheitsgefährdung nachgehen müssen.

Bei der Bewertung, ob eine Erkrankung im Heimatland behandelt werden kann, hat das BAMF in jedem Einzelfall unter Anwendung der EGMR-Rechtsprechung den individuellen Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung zu prüfen.

„Reisefähigkeit“ und Abschiebungen aus dem Krankenhaus

Sehen die Behörden eine Person als ausreisepflichtig an und reist sie nicht freiwillig aus, bereitet die zuständige Ausländerbehörde die Abschiebung ins Herkunftsland vor. Der gesetzlich unregelte Begriff der Reisefähigkeit wird von den Ausländerbehörden und den Gerichten sehr unterschiedlich ausgelegt und angewendet. Die Grund- und Menschenrechte verlangen, dass im Einzelfall ein effektiver und umfassender Schutz von Leib und Leben gewährleistet ist. Vorkehrungen, wie eine ärztliche Begleitung der Abschiebungsmaßnahme und die Übergabe an medizinisches Personal im Zielstaat, müssen im konkreten Fall geeignet und ausreichend sein, eine schwere Gesundheitsgefahr für die ausreisepflichtige Person abzuwenden. Bestehen diesbezüglich Zweifel, ist die Abschiebung auszusetzen. Bei der konkreten Ausgestaltung der Abschiebung (beispielsweise wie viele Ärzt_innen welcher Fachrichtung vor Ort sind) lassen die Berichte der Interviewpartner_innen sowie nationaler und europäischer Menschenrechtsgremien daran zweifeln, ob stets eine angemessene und unabhängige ärztliche Versorgung während des Abschiebevorgangs sichergestellt ist.

Abschiebungen aus stationären Einrichtungen sind aufgrund des schweren Eingriffs in die Rechte der Betroffenen sowie unbeteiligter weiterer Patient_innen stets als unverhältnismäßig anzusehen und sollten daher bundesweit ausgeschlossen werden.

Sicherstellung der Rechte der Betroffenen während des Abschiebungsvorgangs

Aufgabe der Bundespolizei und der Landespolizeien ist es sicherzustellen, dass die Rechte der Betroffenen – unter anderem das Recht auf körperliche Unversehrtheit und der Zugang zum Recht – auch während des Abschiebungsvorgangs gewahrt sind. Aus der Praxis werden verschiedene Probleme geschildert, unter anderem Schwierigkeiten bei der Übermittlung medizinisch relevanter

Informationen und bei der Sprachmittlung zwischen Betroffenen und Polizei. Betroffene haben außerdem nur unter sehr erschwerten Bedingungen Zugang zu Anwalt_innen, was einen effektiven Rechtsschutz infrage stellt. Hier sollten bundeseinheitliche verbindliche Standards geschaffen werden.

Die europäische Rückführungsrichtlinie sieht vor, dass Deutschland ein wirksames System zur Überwachung von Abschiebungen einrichtet. Es ist zu begrüßen, dass es bereits an vier Flughäfen in Deutschland eine unabhängige Abschiebungsbeobachtung gibt (Düsseldorf/Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Berlin/Brandenburg, Frankfurt am Main/Hessen). Die unabhängige Abschiebungsbeobachtung sollte ausgebaut und ihr Mandat gestärkt werden. Eine Abschiebungsbeobachtung sollte es auf allen Flughäfen geben und die Beobachtung auf weitere Vollzugsschritte, wie die Zuführung und den Flug, erstreckt werden.

Die Erkrankung eines Menschen löst für den Staat konkrete Schutzpflichten aus, unabhängig vom Aufenthaltsstatus der erkrankten Person. Deutschland hat eine Verantwortung dafür, was mit den Menschen geschieht, die in ihr Herkunftsland oder einen EU-Mitgliedstaat zurückgeschickt werden sollen, und eine menschenrechtliche Verpflichtung, ihr Leben und ihre Gesundheit zu schützen.

6 Literatur

Ärzteblatt (12.08.2019): Kritik an Behörden für Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/105247/Kritik-an-Behoerden-fuer-Umgang-mit-traumatisierten-Fluechtlingen> (abgerufen am 26.02.2021)

Ärzte der Welt (26.09.2019): Wir können die Verantwortung nicht länger tragen. Berlin. <https://www.aerztederwelt.org/presse-und-publikationen/presseinformationen/2019/09/26/wir-koennen-die-verantwortung-nicht-laenger-tragen> (abgerufen am 26.02.2021)

Akinyosoye, Josephine / Thallamer, Karla Berrum / Wiegel, Valerie (2020): Wahrheitspraxen in der deutschen Abschiebegesellschaft. In: Kritische Justiz 53 (2), S. 240–255

Apotheken Umschau (07.08.2018): Versorgung: Warten auf die Psychotherapie. <https://www.apotheken-umschau.de/Therapien/Versorgung-Warten-auf-die-Psychotherapie-552623.html> (abgerufen am 26.02.2021)

Arbeitskreis Flüchtlinge und Asyl der IPPNW – Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges / Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. (o.J.): Empfehlungen für heilberuflich Tätige in Abschiebesituationen. Berlin. https://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Soziale_Verantwortung/IPPNW-Empfehlung_Abschiebung.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bergmann, Jan / Dienelt, Klaus (Hg.) (2020): Ausländerrecht. Kommentar, 13. Auflage. München: C.H. Beck

Bergmeyer, Vera (2020): Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland. In: Gesundheit braucht Politik: Zeitschrift für soziale Medizin 2020 (1), S. 4–6. https://fluchtpunkt-hamburg.de/wp-content/uploads/GbP_20_1-Gesundheit-Abschottung.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

BILD (03.01.2020): Termine sickern durch: Drei von vier Abschiebungen scheitern. <https://www.bild.de/regional/stuttgart/stuttgart-aktuell/termine-sickern-durch-drei-von-vier-abschiebungen-scheitern-67074918.bild.html> (abgerufen am 26.02.2021)

Bozorgmehr, Kayvan u. a. (2016): Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 59 (5), S. 599–620

Brücker, Herbert u. a. (2019): Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). <http://doku.iab.de/kurzber/2019/kb0319.pdf> (abgerufen am 26.02.2021)

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Landtag Bayern (2019): Dokumentation Ankerzentren Tour. 15. März bis 29. Juli 2019. https://www.gruene-fraktion-bayern.de/fileadmin/bayern/user_upload/download_dateien_2018/Konzepte/190730_Dokumentation_Ankerzentrentour.pdf (abgerufen am 26.02.2020)

Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg (11.02.2020): Schriftliche Kleine Anfrage der Abgeordneten Christiane Schneider (DIE LINKE) vom 04.02.20 und Antwort des Senats. Abschiebung aus Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen/Kliniken, Drucksache 21/20052. https://www.buergerschaft-hh.de/parldok/dokument/69814/abschiebung_aus_krankenhaeusern_und_psycheiatrischen_abteilungen_kliniken.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesärztekammer (2015): 118. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Frankfurt am Main 12. bis 15. Mai 2015. Berlin. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118._DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesärztekammer (2016): 119. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Hamburg 24. bis 27. Mai 2016. Berlin. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/119.DAET/119DAETBeschlussprotokoll20160603.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesärztekammer (2017): 120. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll. Freiburg 23. bis 26. Mai 2017. Berlin. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2017): Evaluation des Pilotprojektes „Asylverfahrensberatung“. In Zusammenarbeit mit UNHCR Deutschland. Unveröffentlichter Forschungsbericht. Entwurf vom 25.09.2017. Nürnberg. https://www.nds-fluerat.org/wp-content/uploads/2018/05/FB_Asylverfahrensberatung_Entwurf170925.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019a): Ablauf des deutschen Asylverfahrens. Ein Überblick über die einzelnen Verfahrensschritte und rechtlichen Grundlagen, 2. aktualisierte Fassung. Nürnberg. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/AsylFluechtlingsschutz/Asylverfahren/das-deutsche-asylverfahren.pdf?__blob=publicationFile&v=14 (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019b): DA-Asyl. Stand 21.02.2019. https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/DA-Asyl_21_02_2019.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2021): Schlüsselzahlen Asyl 2020. Nürnberg. <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/SchluesselzahlenAsyl/flyer-schluesselzahlen-asyl-2020.html> (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (12.09.2019): Bundesgeförderte, qualifizierte und behördenunabhängige Asylverfahrensberatung (§ 12a Asylgesetz). Neue gesetzliche Aufgaben der Wohlfahrtsverbände. https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Stellungnahmen/2019/2019-09-12_BAGFW_Asylverfahrensberatung_incl._Anlagen.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (04.07.2018): Masterplan Migration. Maßnahmen zur Ordnung, Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung. Berlin. https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/themen/migration/masterplan-migration.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (01.08.2019): Pressemitteilung: Anker-Einrichtungen sind Erfolgsmodell. Ein Jahr nach Inbetriebnahme zieht Bundesinnenminister Seehofer eine positive Bilanz. Berlin. <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2019/07/20190731-bilanz-1-jahr-ankerzentren.html> (abgerufen am 26.02.2021)

Bundespsychotherapeutenkammer (Januar 2018): Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen in Deutschland. Berlin. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180125_bptk_update_2018_psychische_erkrankungen_bei_fluechtlingen_in_deutschland.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bundespsychotherapeutenkammer (11.04.2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesrechtsanwaltskammer (2018):

Sicherstellung der Inanspruchnahme unabhängiger rechtlicher Beratung und Vertretung in AnKER-Zentren. Berlin. <https://www.brak.de/zur-rechtspolitik/stellungnahmen-pdf/stellungnahmen-deutschland/2018/oktober/stellungnahme-der-brak-2018-33.pdf> (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hg.) (2006): Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. Eine kritische Reflexion aus der Praxis. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2018): Finanzierung von Dolmetscherleistungen bei ambulanter Psychotherapie. Berlin. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2018/08/Arbeitshilfen_Sprachmittlung-in-Psychotherapie-und-Beratung.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hg.) (2019): Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland, 5. aktualisierte Auflage. Berlin. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/11/BAFF_Versorgungsbericht-5.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer / Bundespsychotherapeutenkammer (16.05.2019): Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht (Geordnete Rückkehr-Gesetz) BT-Drucksache 19/10047. Gemeinsame Stellungnahme. Berlin. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/12/2019-05-16_STN_Gesetzesentwurf_BPtK_BaF_Geordnete-Ru%CC%88ckkehr-Gesetz.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Bundeszentrale für Politische Bildung

(13.11.2018): „Als Sonderbeauftragte für geschlechtsspezifische Verfolgung sollte man sensibel und einfühlsam sein“. Bonn. <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/280223/interview> (abgerufen am 26.02.2021)

Deutscher Anwaltsverein (05.07.2018):

AnKER-Zentren müssen den Zugang zum Recht uneingeschränkt gewährleisten. Berlin. <https://anwaltverein.de/de/newsroom/anker-zentren-muessen-den-zugang-zum-recht-uneingeschraenkt-gewaehrleisten> (abgerufen am 26.02.2021)

Deutscher Bundestag (29.09.2015): Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes, Drucksache 18/6185

Deutscher Bundestag (16.02.2016): Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren, Drucksache 18/7538

Deutscher Bundestag (09.09.2016): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Kathrin Vogler, Frank Templer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 18/9380 – Aussagen des Bundesministers des Innern zu medizinischen Abschiebungshindernissen, Drucksache 18/9603

Deutscher Bundestag (15.06.2018): Unterrichtung durch die Nationale Stelle zur Verhütung von Folter, Jahresbericht 2017, Drucksache 19/2920

Deutscher Bundestag (26.05.2020): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. André Hahn, Göky Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/18233 – Unabhängige Asylverfahrensberatung, Drucksache 19/19535

Deutscher Bundestag (23.06.2020): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Luise Amtsberg, Franziska Brantner, Filiz Polat, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 19/19669 – Dublin-Asylverfahren in Zeiten der Corona-Pandemie, Drucksache 19/20299

Deutscher Bundestag (28.10.2020): Stenografischer Bericht. 19. Wahlperiode. 185. Sitzung. Plenarprotokoll 19/185

Deutscher Bundestag (25.02.2021): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/26156 – Abschiebungen und Ausreisen 2020, Drucksache 19/27007

Deutscher Bundestag (06.04.2021): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE – Drucksache 19/26863 – Zahlen in der Bundesrepublik Deutschland lebender Flüchtlinge zum Stand 31. Dezember 2020, Drucksache 19/28234

Deutscher Bundestag, Ausschuss für Inneres und Heimat (06.05.2019): Wortprotokoll der 51. Sitzung. Öffentliche Anhörung. Protokoll Nr. 19/51

Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (2016): Bedeutung der Europäischen Konvention für Menschenrechte und der Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte für die deutsche Gesetzgebung. Ausarbeitung. WD 3-3000-162/16

Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (2018): Medizinische (Zwangs-)Behandlungen bei Abschiebungen. Ausarbeitung. WD 3-3000-309/18

DGB Bildungswerk (2018): Fact Sheet Anker B bildungswerk.de/migration/dgb-fact-sheet-ankerzentren (abgerufen am 26.02.2021)

Diakonie Hamburg (2019): Abschiebungsbeobachtung am Flughafen Hamburg. Jahresbericht des Flughafenforums Hamburg. Beobachtungszeitraum 15.03.2018 – 12.03.2019. Hamburg. <https://www.diakonie-hamburg.de/export/sites/default/.content/downloads/Fachbereiche/ME/Jahresbericht-des-Flughafenforums-Hamburg.pdf> (abgerufen am 26.02.2021)

Dreier, Horst (Hg.) (2013): Grundgesetz-Kommentar, Band I, 3. Auflage. Tübingen: Mohr Siebeck

Ecker, Alejandro u. a. (2020): Gender bias in asylum adjudications: Evidence for leniency toward token women. In: Sex Roles: a Journal of Research 82 (1), S. 117–126

Ergül-Puopolo, Melisa / von Moltke, Anne (2019): Tätigkeitsbericht 2018 der Abschiebungsbeobachtung Frankfurt am Main. https://fluechtlingsrat-hessen.de/files/Dokumente%20hfr/Informationsmaterialien/Studien%20und%20aehnliches/2018_Jahresbericht.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Eule, Tobias (2014): Inside Immigration Law: Migration Management and Policy Application in Germany. London: Routledge

Europarat, Europäischer Ausschuss zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT) (09.05.2019): Bericht an die deutsche Regierung über den Besuch des Europäischen Ausschusses zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe in Deutschland. Nichtamtliche Übersetzung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz. Vom 13. bis 15. August 2018, CPT/Inf(2019) 14

Flatten, Guido u. a. (2011): S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10 F 43.1. In: Trauma und Gewalt 5 (3), S. 203–210

Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V. (12.11.2019): Unabhängige Asylverfahrensberatung vor dem Aus? Netzwerk AMBA kritisiert BAMF-Konzept. https://www.nds-fluerat.org/wp-content/uploads/2019/11/2019_11_12-AMBA_Asylverfahrensberatung-1.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Forum Abschiebungsbeobachtung Berlin-Brandenburg (o.J.): Tätigkeitsbericht für die Jahre 2016 und 2017. https://www.caritas-brandenburg.de/cms/contents/caritas-brandenburg/medien/dokumente/taetigkeitsbericht-f2/18-08-27_taetigkeitsbericht_forum_abschiebungsbeobachtung_berlin-brandenburg_2016_2017.pdf?d=a&f=pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Forum Flughäfen in Nordrhein-Westfalen (FFiNW) (Hg.) (2017): Jahresbericht 2016 der Abschiebungsbeobachtung. <https://www.diakonie-rwl.de/sites/default/files/aktuelles/jahresbericht-2016-pk-zurveroeffentlichung.pdf> (abgerufen am 26.02.2021)

Forum Flughäfen in Nordrhein-Westfalen (FFiNW) (Hg.) (2019): Jahresbericht 2018 der Abschiebungsbeobachtung. <https://www.diakonie-rwl.de/sites/default/files/aktuelles/jahresbericht-abschiebungsbeobachtung-nrw-2018.pdf> (abgerufen am 26.02.2021)

Forum Flughäfen in Nordrhein-Westfalen (FFiNW) (Hg.) (2020): Jahresbericht 2019 der Abschiebungsbeobachtung. <https://www.diakonie-rwl.de/sites/default/files/aktuelles/jahresbericht-abschiebungsbeobachtung-nrw-2019.pdf> (abgerufen 26.02.2021)

Frankfurter Rundschau (07.01.2019): „Viele sind körperlich stark mitgenommen“. <https://www.fr.de/politik/viele-sind-koerperlich-stark-mitgenommen-11043483.html> (abgerufen am 26.02.2021)

Frankfurter Rundschau (22.01.2019): Warten auf den Facharzt. <https://www.fr.de/rhein-main/warten-facharzt-11396704.amp.html> (abgerufen am 26.02.2021)

Frankfurter Rundschau (27.03.2019): Mehr Mitarbeiter für die Ausländerbehörde. <https://www.fr.de/frankfurt/frankfurt-auslaenderbehoerde-braucht-mehr-mitarbeiter-11918822.html> (abgerufen am 26.02.2021)

Frankfurter Rundschau (15.10.2019): Seehofers Innenministerium torpediert Beratung von Geflüchteten. <https://www.fr.de/politik/abschiebung-innenministerium-torpediert-beratung-gefluechteten-zr-13063578.html> (abgerufen am 26.02.2021)

Flüchtlingsrat Hessen / Der Paritätische Hessen (01.10.2019): Abschiebungsversuch aus dem Krankenhaus. https://www.paritaet-hessen.org/fileadmin/redaktion/Texte/Pressemeldungen/2019-10-01_Abschiebungsversuch_aus_der_Klinik-web.pdf (abgerufen 05.03.2021)

Gesundheitsamt Bremen (Hg.) (2005): Krankheit als Abschiebehindernis im Spannungsfeld von Politik, Verwaltung, Fachlichkeit und Ethik. Zur Begutachtung ausländischer Flüchtlinge nach dem Ausländerrecht und Aufenthaltsgesetz. Bremen

Gierlichs, H.W. u. a. (2012): SBPM. Standards zur Begutachtung psychisch-reaktiver Traumafolgen (im aufenthaltsrechtlichen Verfahren). https://www.sbp.de/wp-content/uploads/2017/08/SBPM_Standards_und_Curriculum_2012.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Göpffarth, Dirk / Bauhoff, Sebastian (2017): Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden – Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER. In: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2017, S. 32–65

Gössner, Rolf (2011): Abschiebungen trotz Krankheit. Ärzte als staatliche Erfüllungsgehilfen. In: Grundrechte Report 2011, S. 65–69 (2020): Ausländerrecht. Kommentar, 116. Aktualisierung 2020. München: Rehm

Hausmann, Ute (2020): Sprachmittlung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Baden-Württemberg. Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Stuttgart: Refugio Stuttgart

Herberger, Maximilian u. a. (2020): juris Praxis-Kommentar BGB, 9. Aufl., § 121 BGB

Juárez, Sol Pia u. a. (2019): Effects of non-health-targeted policies on migrant health: A systematic review and meta-analysis. In: Lancet Global Health 7 (4), S. 420–435

Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg (2016): Zugang zum medizinischen Versorgungssystem und zu Angeboten der Gesundheitsförderung / Prävention für geflüchtete Kinder und Jugendliche in Brandenburg. https://www.slaek.de/media/dokumente/01/03Empfehlungen/2016-09_Handreichung_Zugang_zum_medizinischen_Versorgungssystem_fuer_Kinder_BB.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Korzilius, Heike / Rabbata, Samir (2004): Ärztliche Gutachten: Feigenblatt für die Abschiebung. In: Deutsches Ärzteblatt 101 (50), A3398–A3404

Kosyakova, Yuliya / Brücker, Herbert (2020): Seeking Asylum in Germany: Do Human and Social Capital Determine the Outcome of Asylum Procedures? In: European Sociological Review 36(5), S. 663–683

Landtag von Sachsen-Anhalt (27.03.2020): Antwort der Landesregierung auf eine Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung. Zwangsweise Rückführungen (Abschiebungen) von Personen aus Krankenhäusern oder Kliniken in Sachsen-Anhalt, Drucksache 7/5938

Lincoln, Sarah (2020): Verhinderung gerichtlicher Sachverhaltsaufklärung per Gesetz? In: Asylmagazin 10–11/2020, S. 349–354

Marx, Reinhard (2012): Handbuch zum Flüchtlingsschutz. Erläuterungen zur Qualifikationsrichtlinie, 2. Auflage. Köln: Luchterhand

Marx, Reinhard (2016): Neuregelung krankheitsbedingter Abschiebungsverbote (§ 60 Abs. 7 und § 60a Abs. 2d und 2d AufenthG). In: Informationsbrief Ausländerrecht 38 (7/8), S. 261–266

Marx, Peter / Gaidzik, P.-W. (2019): Leitlinie: Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung. AWMF online: Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/094-001I_S2k_Allgemeine_Grundlagen_der_medizinischen_Begutachtung_2019-04.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

McKinsey & Company (2016): Rückkehr – Prozesse und Optimierungspotenziale. Abschlussbericht 09. Dezember 2016. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. <https://fragdenstaat.de/dokumente/76/> (abgerufen am 26.02.2021)

Metzing, Maria / Schacht, Diana / Scherz, Antonia (2020): Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen, DIW Wochenbericht, Vol. 87, 5/2020, S. 63–72. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/214220/1/1690052112.pdf> (abgerufen am 26.02.2021)

Migrationsrecht Net (02.04.2020): Bundesamt setzt Dublin-Überstellung im Hinblick auf Corona-Krise aus. <https://www.migrationsrecht.net/nachrichten-asylrecht/bundesamt-setzt-dublin-ueberstellung-im-hinblick-auf-corona-krise-aus.html> (abgerufen am 26.02.2021)

Möller, Winfried (2005): Tatsachenfeststellung im Asylprozess. Baden-Baden: Nomos

Mouzourakis, Minos u. a. (2019): The AnKER centres. Implications for asylum procedures, reception and return. Brüssel: European Council for Refugees and Exiles (ECRE). https://www.asylumineurope.org/sites/default/files/anker_centres_report.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Nationale Stelle zur Verhütung von Folter

(2017a): Länderkommission. Besuchsbericht. Ausreisegewahrsam Hamburg. Besuch vom 22. März 2017. Az.: 234-HH/1/17. Wiesbaden. https://www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Berichte/Besuchsberichte/20170322_-Ausreisegewahrsam_Hamburg/20170322_Bericht_Ausreisegewahrsam_Hamburg_web.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Nationale Stelle zur Verhütung von Folter

(2017b): Länderkommission und Bundesstelle. Beobachtung der Zuführung zum Flughafen München anlässlich einer Abschiebung nach Albanien. Besuch vom 1. August 2017. Az.: 2212/7/17. Wiesbaden. https://www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Berichte/Besuchsberichte/20170801_Abschiebung_Ingolstadt_Albanien/20170801_Bericht_Abschiebung_Ingolstadt_Mu_nchen_Tirana_web.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Nationale Stelle zur Verhütung von Folter

(2018a): Besuchsbericht: Abschiebungshaftanstalt Darmstadt. Besuch vom 28. August 2018. Az.: 234-HE/2/18. Wiesbaden. https://www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Berichte/Besuchsberichte/20180828_Bericht_Abschiebungshaftanstalt_Darmstadt/20180828_Bericht_Abschiebungshaftanstalt_Darmstadt_web.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Nationale Stelle zur Verhütung von Folter

(2018b): Besuchsbericht: Unterbringungseinrichtung für Ausreisepflichtige Büren. Besuch vom 24./25. Januar 2018. Az.: 234-NW/1/18. Wiesbaden. https://www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Berichte/Besuchsberichte/20180124_-UfA_Bueren/20180124_Besuchsbericht_UfA_Bueren_Web.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Nationale Stelle zur Verhütung von Folter

(2019): Standards für Abschiebungen. Wiesbaden. https://www.nationale-stelle.de/fileadmin/dateiablage/Dokumente/Berichte/Standards/20190522_Standards/20190522_Standards_fuer_Abschiebungen.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Nesterko, Yuriy. u. a. (2019): Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany. An epidemiological study. In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 31.07.2019. S. 1–11. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000325> (abgerufen am 26.02.2021)

Neumeier, Stefan (2017): Regionale Erreichbarkeit von ausgewählten Fachärzten, Apotheken, ambulanten Pflegediensten und weiteren ausgewählten Medizindienstleistungen in Deutschland-Abschätzung auf Basis des Thünen-Erreichbarkeitsmodells. Thünen Working Paper 77. <https://www.econstor.eu/handle/10419/171249> (abgerufen am 26.02.2021)

Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport

(28.04.2010): Verwendung von Gutachten bei Asylverfahren. <https://www.mi.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/63111.html> (abgerufen am 26.02.2021)

Pro Asyl (2020): Newsticker Coronavirus: Informationen für Geflüchtete und Unterstützer*innen. <https://www.proasyl.de/hintergrund/newsticker-coronavirus-informationen-fuer-gefluechtete-unterstuetzerinnen/> (abgerufen am 26.02.2021)

ProAsyl / Flüchtlingsrat Essen e.V.

(04.02.2020): Offener Brief bezüglich anhaltender Missstände in der Ausländerbehörde. <https://www.proasylessen.de/artikel/offener-brief-bezuglich-der-anhaltenden-missstaende-in-der-auslaenderbehoerde> (abgerufen am 26.02.2021)

Rafailovic, Katarina / Gierlichs, Hans Wolfgang / Bittenbinder, Elise

(2006): Möglichkeiten und Probleme in der Begutachtung von Flüchtlingen. In: *Zeitschrift für politische Psychologie* 14 (1–2), S. 225–271

Rainey, Bernadette / Wicks, Elizabeth / Ovey, Clare

(2017): *Jacobs, White, and Ovey: The European Convention on Human Rights*, 7. Auflage. Oxford, UK: Oxford University Press

Riedel, Lisa / Schneider, Gerald (2017): Dezentraler Asylvollzug diskriminiert. Anerkennungsquoten von Flüchtlingen im bundesdeutschen Vergleich, 2010-2015. In: Politische Vierteljahresschrift 58 (1), S. 21–48

Rietig, Victoria / Günnewig, Mona Lou (2020): Deutsche Rückkehrpolitik und Abschiebungen. Zehn Wege aus der Dauerkrise. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Auswärtige Politik. https://dgap.org/sites/default/files/article_pdfs/dgap-analyse-2020-03-de_0.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Robert Bosch-Stiftung / Sachverständigenrat Deutscher Stiftungen für Integration und Migration (Hg.) (2018): Viele Fragen, zu viele Antworten? Die Transparenz des Asyl- und Aufnahmesystems für Flüchtlinge. Berlin. https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-06/SVR-Forschungsbereich_2018_Policy_Brief_Systemtransparenz_Final.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Robert-Koch-Institut (o.J.): Migration und Gesundheit. Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/migration_node.html (abgerufen am 26.02.2021)

Schammann, Hannes (2015): Wenn Variationen den Alltag bestimmen. Unterschiede in der lokalen Politikgestaltung in der Leistungsgewährung für Asylsuchende. In: Zeitschrift für Vergleichende Politikwissenschaft 9(3), S. 161–189

Schneider, Gerald (2021): Vertrauen ist gut, Replikation ist besser: Für eine evidenz-basierte Asylpolitik. Replik auf Ursula Gräfin Praschma. In: Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik 41(1), S. 10–14

Schneider, Gerald / Segadlo, Nadine / Leue, Miriam (2020): Das dreifache Asylroulette. Föderale Ungleichheiten in der deutschen Asylpraxis. <https://blog.fluchtforschung.net/das-dreifache-asylroulette-foderale-ungleichheiten-in-der-deutschen-asylpraxis/> (abgerufen am 26.02.2021)

Schriefers, Silvia / Hadzic, Elvira (Hg.) (2018): Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen. Wege zur transkulturellen Verständigung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Schröder, Helmut / Zok, Klaus / Faulbaum, Frank (2018): Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. In: WldOmonitor 2018 (1), S. 1–20

Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales (10.12.2018): Arbeitsdokument für die Verwaltung zum Gesamtkonzept zur Integration und Partizipation Geflüchteter. Berlin. https://www.berlin.de/lb/intmig/_assets/themen/fluechtlinge/fluechtlingspolitik/arbeitsdokument-zum-gesamtkonzept-integration-und-partizipation-gefluechteter_bf.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

Steinorth, Charlotte (2017): Auf dem Weg zu einem menschenrechtlichen Schutz vor Abschiebung für Schwerkranke? Anmerkungen zum Paposhvili-Urteil des EGMR. In: Menschen-RechtsMagazin 22 (2), S. 87–96

Süddeutsche Zeitung (26.09.2019): Viel Experten-Kritik an Ankerzentren für Flüchtlinge. <https://www.sueddeutsche.de/politik/landtag-muenchen-viel-experten-kritik-an-ankerzentren-fuer-fluechtlinge-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-190926-99-44828> (abgerufen am 26.02.2021)

Süddeutsche Zeitung (15.07.2020): Deutschland schiebt wieder ab. <https://www.sueddeutsche.de/politik/abschiebung-coronavirus-1.4967943> (abgerufen am 26.02.2021)

taz (28.03.2018): Vom Staat getrennt. Abschiebung um jeden Preis. <https://taz.de/Abschiebung-um-jeden-Preis/!5493022/> (abgerufen am 26.02.2021)

Thomsen, Jenny (2019): Evaluation zur Früherkennung besonders Schutzbedürftiger im Aufnahmeverfahren. Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU in Niedersachsen. <http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/02/Evaluationsbericht-Friedländer-Modell-in-Niedersachsen.pdf> (abgerufen am 26.02.2021)

UAG Vollzugsdefizite (2011): Vollzugsdefizite. Ein Bericht über die Probleme bei der praktischen Umsetzung bei ausländerbehördlichen Ausreiseforderungen. Trier: Clearingstelle. http://www.einwanderer.net/fileadmin/downloads/Berichte/2011-04_Bericht_AG_Rueck-1.pdf (abgerufen am 26.02.2021)

UAG Vollzugsdefizite (2015): Bericht der Unterarbeitsgruppe Vollzugsdefizite über die Ergebnisse der Evaluierung des Berichts über die Probleme bei der praktischen Umsetzung von ausländerbehördlichen Ausreiseforderungen und Vollzugsmaßnahmen vom April 2011. https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2016/bund-laender-bericht-hindernisse-abschiebungen.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (abgerufen am 26.02.2021)

UN, Ausschuss gegen Folter (2011): Written replies by the Government of Germany to the list of issues (CAT/C/DEU/Q/5) to be taken up in connection with the consideration of the fifth periodic report of Germany (CAT/C/DEU/5). CAT/C/DEU/Q/5/Add.1. <https://digitallibrary.un.org/record/711328> (abgerufen am 09.03.2021)

UN, Ausschuss gegen Folter (2013): Observations of the Committee against Torture on the revision of the United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (SMR). CAT/C/51/4. <https://www.refworld.org/topic,50ffbce582,50ffbce5ee,53429c014,0,CAT,THEMR EPORT,.html> (abgerufen am 17.3.2021)

UN, Ausschuss gegen Folter (2019): Abschließende Bemerkungen zum sechsten Staatenbericht Deutschlands. Nichtamtliche Übersetzung des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CAT/6._Staatenbericht/CAT_Staatenbericht_DEU_6_Abschl_2019.pdf (abgerufen am 05.03.2021)

UN, Committee on Economic, Cultural and Social Rights (2000): CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). Adopted at the Twenty-second Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 11 August 2000 (Contained in Document E/C.12/2000/4). <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> (abgerufen am 05.03.2021)

UN, Committee on Economic, Cultural and Social Rights (2009): CESCR General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). 2 July 2009. E/C.12/GC/20. <https://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html> (abgerufen am 26.02.2021)

UN, Committee on the rights of the Child (2005): General Comment No. 6 (2005). Final unedited version. Treatment of unaccompanied and separated children outside their country of origin. <https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC6.pdf> (abgerufen am 26.02.2021)

Wächter-Raquet, Marcus (2016): Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Gesundheitskarte und psychotherapeutische Versorgung: Ein Sachstandsbericht (August 2016). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Expertise-Gesundheitsversorgung-Fluechtlinge-final.pdf> (abgerufen am 26.02.2021)

Weck, Fanny de (2016): Non-Refoulement under the European Convention on Human Rights and the UN Convention against Torture. Leiden: Brill Nijhoff

WELT (06.11.2018): Kranke Schwangere am Bahnhof zurückgelassen. <https://www.welt.de/politik/deutschland/article183342682/Nach-Abschiebe-Versuch-Kranke-Schwangere-am-Bahnhof-zurueckgelassen.html> (abgerufen am 26.02.2021)

WELT (22.01.2019): Behörden holen Migrantin für Abschiebung aus dem Krankenhaus. <https://www.welt.de/politik/deutschland/article187469956/Abschiebung-Behoerden-holen-Migrantin-aus-dem-Krankenhaus.html> (abgerufen am 26.02.2021)

WELT (29.03.2019): Drei kranke Flüchtlinge per Ambulanzflug abgeschoben. <https://www.welt.de/regionales/hamburg/article191026401/Menschenverachtend-Drei-krank-Fluechtlinge-per-Ambulanzflug-abgeschoben.html> (abgerufen am 26.02.2021)

WELT (10.02.2020): So will die Bundespolizei mehr Abschiebungen durchsetzen. <https://www.welt.de/politik/deutschland/article205736231/Abschiebungen-So-will-die-Bundespolizei-die-Erfolgsquote-verbessern.html> (abgerufen am 26.02.2021)

Wetterauer Zeitung (09.05.2019): Personal-mangel bereitet Probleme. <https://android-hybrid.wetterauer-zeitung.de/regional/stadtgiessen/Stadt-Giessen-Personalmangel-bereitet-Probleme;art71,587799> (abgerufen am 26.02.2021)

ZDF (24.11.2019): Hoher Verwaltungs-aufwand. Bamf-Chef für Sammelabschiebungen. <https://www.zdf.de/nachrichten/heute/hoher-verwaltungsaufwand-bamf-chef-fuer-sammelabschiebungen-100.html> (abgerufen am 26.02.2021)

ZEIT ONLINE (29.07.2016): Härter, schneller und wie weiter? Würzburg, Ansbach, Reutlingen: Nach den Gewalttaten ist die Politik schnell mit Ankündigungen, härter durchzugreifen. Was ist davon zu halten? Ein Überblick. (abgerufen am 26.02.2021)

ZEIT ONLINE (24.02.2019): Mehr als jede zweite Abschiebung gescheitert. <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2019-02/migration-abschiebungen-gescheitert> (abgerufen am 26.02.2021)

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AEMR	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
AnkER	Ankunft-Entscheidung-Rückführung
Art.	Artikel
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
CAT	UN-Konvention gegen Folter
CPT	Europäisches Komitee zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Committee for the Prevention of Torture)
Ebd.	Ebenda
EGMR	Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
EMRK	Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (Europäische Menschenrechtskonvention)
GG	Grundgesetz
Rn.	Randnummer
u. a.	und andere
UN	United Nations (dt. Vereinte Nationen)
Vgl.	vergleiche
VwGO	Verwaltungsgerichtsordnung

Impressum

HERAUSGEBER

Deutsches Institut für Menschenrechte
Zimmerstraße 26/27 | 10969 Berlin
Tel.: 030 259 359-0 | Fax: 030 259 359-59
info@institut-fuer-menschenrechte.de
www.institut-fuer-menschenrechte.de

Analyse I April 2021

ISBN 978-3-946499-85-5 (PDF)
ISBN 978-3-946499-86-2 (Print)

ZITIERVORSCHLAG

Suerhoff, Anna / Engelmann, Claudia (2021):
Abschiebung trotz Krankheit. Perspektiven aus der
Praxis und menschenrechtliche Verpflichtungen.
Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte

LIZENZ



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

TITELFOTO

© picture alliance/dpa / Michael Kappeler

SATZ

www.avitamin.de

DRUCK

bud Potsdam

Gedruckt auf 100 % Altpapier



Deutsches Institut für Menschenrechte

**Zimmerstraße 26/27
10969 Berlin**

www.institut-fuer-menschenrechte.de